

TRAITÉ

ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE.

TOME I.

TRAVAUX DE L'AUTEUR.

Essai sur la colique de Plomb; 1835.

Recherches sur quelques uns des accidents cérébraux saturnins; 1836.

Mémoire sur la Pneumonie; 1836.

De l'Infection (thèse de concours); 1838.

Histoire des Tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques; 1839.

De la Fièvre sous les rapports diagnostique, pronostique et thérapeutique (thèse de concours); 1844.

Traité pratique de la Pneumonie aux différents âges, et de ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques; Paris; 1841. Ouvrage auquel l'Académie des sciences a décerné une récompense de *deux mille francs*, et l'Académie de médecine le prix de *trois mille francs* fondé par Itard.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Jacob, 30.

TRAITÉ
ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE
DE
PATHOLOGIE
INTERNE,

PAR

A. GRISOLLE,

D. M. P.,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté de médecine,
chevalier de la Légion d'honneur,
membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société de médecine du département,
membre honoraire de la Société anatomique, correspondant de l'Académie de médecine
de Marseille et de la Société de médecine de Poitiers.

TROISIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE.

TOME PREMIER.



PARIS.

VICTOR MASSON, LIBRAIRE-ÉDITEUR.

1, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

Même maison, chez Michelsen, à Leipzig.

SEPTEMBRE 1848.



A M. CHOMEL,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE PARIS,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX, MEMBRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE
DE MÉDECINE, ETC.

Comme un témoignage de reconnaissance et d'affection.

GRISOLLE.

AVANT-PROPOS

DE LA TROISIÈME ÉDITION.

La pathologie est cette branche de la médecine qui a pour objet la connaissance des maladies. C'est la science de l'homme souffrant, comme la physiologie est la science de l'homme en santé. La pathologie, ainsi que M. Chomel le remarque, ne traite pas seulement de la classification des maladies, de leurs causes, de leurs symptômes et de leurs signes; mais elle comprend encore dans son domaine leur siége, les phénomènes qui les précèdent et les suivent, leur marche, leur durée, leurs modes de terminaisons, leurs retours, leurs formes diverses, leurs complications, les lésions qu'elles apportent dans la texture des organes, leur traitement préservatif et curatif, ce qui, en effet, constitue tout autant de points essentiels de leur histoire.

La pathologie médicale a fait depuis un siècle d'immenses progrès : l'anatomie pathologique, que Bonnet n'avait fait qu'ébaucher, a été définitivement constituée par Morgani; Bichat a créé l'anatomie générale; digne continuateur des grands physiologistes du XVIIIe siècle, il a, par conduite ingénieuse de ses expériences, par les méthodes sévères qu'il a introduites, par les résultats nouveaux auxquels il est parvenu, donné une face nouvelle à la physiologie, et imprimé à la science comme à la pratique de la médecine la plus heureuse impulsion.

Outre ces grands résultats, l'art s'est enrichi de nouveaux procédés d'exploration. La percussion, découverte par Avenbrugger, l'auscultation créée par le génie de Laënnec, ont été perfectionnées, étendues dans leurs applications; la chimie, à l'aide de méthodes plus sûres, plus parfaites, a fait découvrir, pendant la vie comme après la mort, une foule d'altérations inconnues ou mal définies jusqu'alors, et a, de la sorte, non seulement puissamment éclairé le diagnostic, mais dirigé en outre la thérapeutique dans des voies nouvelles. Cette application des méthodes exactes à la recherche des maladies a fait disparaître, condamner sans retour une foule d'idées abstraites, systématiques, qui ont longtemps obscurci le diagnostic, fait dévier la thérapeutique, et qui, donnant à la médecine l'air d'un roman plutôt que d'une science exacte, avaient ainsi contribué à la discréditer.

Non seulement l'observation est devenue plus parfaite et l'expérimentation plus rigoureuse, mais pour s'élever de la connaissance des faits particuliers à celle des faits généraux, on ne s'est plus fié à la mémoire, aux impressions vagues, aux inspirations théoriques; on a recueilli des faits nombreux, on les a comparés et comptés, et, par ce rapprochement, par cette analyse, par cette numération, on est arrivé à des déductions rigoureuses, à la connaissance de quelques lois précises, à des résultats positifs en séméiotique, en étiologie, comme en thérapeutique.

La science moderne peut être fière de ces conquêtes, elle n'a rien à envier aux siècles précédents. Mais la pathologie, en agrandissant son domaine, en perfectionnant ses méthodes, est devenue par cela même plus longue, plus difficile à étudier. Le diagnostic est surtout la partie de la pathologie qui offre les difficultés les plus grandes. Il constitue d'ailleurs le fondement de la médecine pratique, puisque sans lui le pronostic est impossible, la thérapeutique incertaine et parfois même meurtrière. On ne parviendra à surmonter les obstacles que cette étude pré-

sente et à saisir à propos les indications que si, doué d'un jugement sain et de sens intacts, on se livre avec persévérance, avec ardeur, à l'observation des malades. La lecture des meilleurs ouvrages ne peut suppléer à l'étude clinique : sans elle l'éducation médicale est impossible; elle seule peut donner au médecin le vrai savoir, qui consiste bien moins à connaître ce que les autres ont dit qu'à juger d'après soi-même.

L'ordre suivant lequel les maladies doivent être étudiées n'est pas chose indifférente. Dans les traités de médecine publiés jusqu'à présent, on a suivi trois méthodes principales de classification; ce sont : l'ordre *alphabétique*, l'ordre *anatomique*, l'ordre *philosophique*. Ce dernier est le seul qu'on doive suivre; c'est celui, par conséquent, que nous avons adopté.

La méthode alphabétique est sans contredit la plus irrationnelle. Classer, en effet, les maladies d'après la ressemblance des noms ou le hasard de la lettre initiale, c'est vouloir tomber dans la plus déplorable confusion en plaçant à côté les unes des autres les maladies les plus dissemblables, n'ayant entre elles aucune analogie de siége ou de nature, tandis qu'on sépare celles qui ont des caractères communs.

La méthode anatomique lui est de beaucoup préférable. Celle-ci consiste à diviser les maladies suivant les organes ou les appareils qu'elles affectent; elle a pour avantage de réunir dans un même cadre toutes les maladies dont une partie peut être atteinte. Mais elle a, comme la méthode alphabétique, le grave inconvénient de disperser les maladies congénères qui, comme les inflammations, les hémorrhagies, les névroses, etc., se prêtent à des considérations générales dont l'exposition prépare convenablement l'esprit du lecteur et évite par la suite beaucoup de répétitions inutiles. Cet ordre, tout illogique qu'il est, pourrait, aussi bien que la méthode alphabétique, être toléré pour un manuel destiné aux praticiens; mais il est essentiellement vicieux dans les livres élémentaires, car les maladies

diverses dont un organe est atteint déterminant une foule de symptômes communs, il en résultera souvent une grande confusion dans l'esprit du commençant. Très souvent aussi le rapprochement, le voisinage de certaines maladies fera croire qu'il existe entre elles des rapports de cause à effet. Enfin un dernier inconvénient, non moins grave que les précédents, c'est que bon nombre de maladies n'ayant pas de siége déterminé, l'ordre anatomique n'est plus applicable à une partie considérable de la pathologie; et si on s'obstine alors à suivre la classification anatomique, ce n'est qu'à la condition de faire des rapprochements souvent monstrueux et de résoudre sans la moindre preuve, par simple inspiration théorique, des questions encore indécises et souvent même insolubles.

Reste enfin l'ordre philosophique ou, pour parler plus exactement, la méthode nosologique, consistant à diviser les maladies en un petit nombre de classes, celles-ci en ordres ou en genres renfermant un certain nombre d'espèces. Cette méthode, que Félix Plater semble avoir proposée le premier, était celle que Sydenham préférait, et c'est presque pour obéir à un vœu formé par ce grand homme dans la préface de son immortel ouvrage que Sauvage composa, en 1731, sa nosologie méthodique. Ce même ordre fut adopté quelque temps après par Linné et par presque tous les nosographes dont le nom mérite de faire autorité, c'est-à-dire par Vogel, Sagar, Cullen, Pinel, etc. En effet, la méthode nosologique a l'immense avantage de réunir dans un même groupe, de confondre dans des considérations communes des maladies semblables, congénères, et de les séparer des maladies qui n'ont avec elles aucune espèce de rapport. On ne saurait nier, par conséquent, qu'une pareille méthode abrége beaucoup l'étude. M. le professeur Chomel, qui depuis longtemps défend la même opinion, reconnaît que la classification nosologique, en présentant dans un cadre déterminé toutes les maladies connues, conduit à reconnaître avec plus de précision les analogies et les dissemblances qui existent entre elles, et à mieux apprécier la valeur des assertions générales et des points

de doctrine, en permettant d'en faire rapidement l'application à tous les groupes de maladies, rangés suivant un ordre que le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit.

On a reproché à la méthode nosologique de faire souvent des rapprochements forcés, de réunir dans un même groupe des affections souvent fort dissemblables. Ce vice est réel; mais il tient moins à la méthode même qu'à l'imperfection de la science. D'ailleurs nous avons vu que pareil défaut se rencontrait au moins aussi souvent dans la méthode anatomique, sans que celle-ci rachetât cet inconvénient par quelque avantage. Cependant il est possible d'éviter jusqu'à un certain point le défaut que nous signalons, en n'adoptant de classification que pour les maladies qui s'y prêtent et en faisant une classe à part pour le très petit nombre d'affections qui, spéciales à certains organes ou à certains tissus, ne pourraient être rangées dans les autres classes sans forcer l'analogie. C'était là la marche que M. Chomel avait autrefois adoptée dans ses cours, et c'est aussi celle que nous avons suivie dans ce livre d'après son conseil.

Sur quels caractères se fonder pour déterminer les genres et les espèces morbides? Prendra-t-on exclusivement pour règles les désordres anatomiques, ou bien les causes, ou bien enfin les troubles fonctionnels? L'anatomie pathologique serait sans contredit la base la plus solide, la moins invariable; mais elle nous fait défaut dans un grand nombre de cas, et il est beaucoup de maladies (toute la classe des névroses, par exemple), qui, nonobstant les troubles nombreux qui les caractérisent pendant la vie, ne se révèlent sur le cadavre par aucune lésion matérielle saisissable. L'anatomie pathologique ne peut donc pas servir à classer toutes les maladies, mais à en classer seulement un certain nombre.

L'étude des causes est un guide encore moins sûr pour établir convenablement les genres morbides; c'est en se fondant sur l'étiologie que les divisions les plus arbitraires, disons même les

plus ridicules, ont été apportées dans l'étude des maladies. Les causes sont si obscures, si difficiles à saisir, si variables, qu'elles ne pourront jamais être, je pense, le fondement unique d'une méthode nosologique. Mais il en est pourtant dont l'action est si évidente, si palpable, si positivement déterminée, qu'il est possible de les faire servir à la détermination d'un certain nombre de genres. Tels sont les venins, les virus et tous les empoisonnements; car, quels que soient les désordres qui surviennent, la nature de la cause forme ici un caractère prédominant, invariable, pouvant, par conséquent, servir à classer l'affection.

Sauvage, d'accord avec Sydenham, avait pris pour base de sa classification les symptômes des maladies. Mais ce point de départ est essentiellement fautif, attendu que les symptômes sont extrêmement variables, qu'ils se combinent entre eux de mille façons, et que beaucoup sont communs à une foule de maladies qui n'ont entre elles aucune espèce d'analogie. Cependant il faut convenir qu'il y a un certain nombre d'affections inconnues quant à leur cause et à leur nature, n'ayant aucun siége anatomique précis, et pour lesquelles le désordre fonctionnel, l'état symptomatique est le seul caractère palpable et constant, le seul par conséquent qui puisse servir à les dénommer et à les classer.

Nous concluons de ce qui précède que la détermination des genres ne peut reposer sur un seul caractère, et, d'accord avec le docteur Requin, nous dirons comme lui que la nosographie ne doit être, quant à présent du moins, ni exclusivement organique, ni exclusivement étiologique, ni exclusivement symptomatique, mais revêtir ce triple aspect. La méthode mixte est donc celle qu'il faut suivre, à moins de tronquer la science ou de l'égarer dans les hypothèses les plus aventureuses.

C'est d'après les principes que nous venons d'exposer que nous avons divisé les maladies en dix classes; ce sont : 1° *les fièvres;* 2° *les maladies constituées par un vice de proportion du sang;* 3° *les inflammations;* 4° *les hémorrhagies;* 5° *les sécrétions mor-*

bides; 6° *les empoisonnements;* 7° *les lésions de nutrition;* 8° *les transformations organiques et les produits morbides accidentels;* 9° *les névroses;* 10° *les maladies propres à certains organes ou à certains tissus.*

Cette classification est loin d'être irréprochable, mais ses défauts tiennent autant à mon impuissance qu'à l'état d'imperfection de la science. Bayle a reconnu, après bien d'autres, que chaque cadre a ses défauts, présente ses lacunes et offre quelques rapprochements forcés; qu'il faut l'apprécier à sa juste valeur, le considérer comme un répertoire plus ou moins exact, et préférer celui dans lequel le plus grand nombre de maladies analogues seront rapprochées. Les cadres nosologiques, ajoute le médecin éminent dont je parle, sont des moyens artificiels pour suppléer à la faiblesse de notre intelligence : c'est un échafaudage nécessaire, on ne peut s'en passer : ils changeront plusieurs fois encore; mais si l'on parvient un jour à établir une distribution invariable, l'édifice de la science, dégagé des simulacres qui le représentent aujourd'hui, offrira un ensemble régulier, majestueux, inébranlable.

En attendant qu'un génie heureux trouve une classification qui captive tous les suffrages, nous devons nous évertuer à bien fixer les espèces morbides, ce qui, comme l'observe Bayle, est plus important en nosologie que le cadre lui-même. Aussi ai-je apporté un soin spécial à ce travail. Je me suis également efforcé à racheter les défauts de mon livre par l'exactitude des descriptions, par l'amour de la vérité et la complète indépendance avec laquelle j'ai jugé les hommes et les doctrines. J'ai évité autant que j'ai pu les discussions oiseuses, les questions insolubles, les hypothèses stériles, pour ne m'occuper que des données positives et des faits pratiques. Dans la partie thérapeutique, à l'exemple de Sydenham, d'Astruc et des grands praticiens, je me suis étudié à préciser les indications aussi exactement que je l'ai pu, puis j'ai énuméré les moyens propres à les mieux remplir. Mais j'ai évité, ainsi que l'ont d'ailleurs conseillé et pratiqué la plupart des

grands maîtres, de grossir mon livre de ces formules banales que quelques auteurs accumulent dans leurs ouvrages pour leur donner un vernis pratique, et qui ne sont en définitive qu'un grossier appât offert à l'ignorance et à la paresse.

J'ai exclusivement traité dans ce livre de la pathologie spéciale, sans donner aucune de ces généralités qui appartiennent à la pathologie générale et à la sèméiotique. Qu'aurais-je dit en effet, qui ne fût exprimé bien mieux que je n'aurais pu le faire dans l'ouvrage si éminemment classique de M. le professeur Chomel, qui est sans contredit l'introduction la plus remarquable que nous ayons à l'étude de la médecine pratique?

Quelque court qu'ait été le temps écoulé entre cette édition et les deux premières, de nombreuses additions ont néanmoins été faites. Quelques chapitres ont été entièrement refondus, et plusieurs descriptions nouvelles ont été ajoutées. Partout enfin j'ai cherché à mettre mon livre au courant des derniers progrès de la science.

1er août 1848.



TRAITÉ

ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE.

PREMIÈRE CLASSE DE MALADIES.

DES FIÈVRES.

Les fièvres forment une classe importante de maladies aiguës, que des auteurs systématiques ont cherché vainement à rayer du cadre nosologique pour les rejeter toutes dans les inflammations. Il est fort peu de personnes aujourd'hui qui défendent une pareille doctrine : presque tout le monde reconnaît au contraire qu'il existe des maladies dans lesquelles la fièvre, qui en forme le caractère prédominant, ne se lie à aucune altération locale ; ou que si les solides sont quelquefois atteints, leurs lésions sont postérieures au moment fébrile, incapables de l'expliquer, et sont, aussi bien que la fièvre, l'effet, la conséquence d'une cause plus générale. Mais avant de donner la démonstration de cette vérité, et d'assigner aux fièvres leurs caractères distinctifs, nous devons faire connaître en quoi la fièvre consiste, et énumérer les phénomènes qui la caractérisent, soit qu'à elle seule elle représente toute la maladie, soit, ce qui est beaucoup plus commun, qu'elle ne soit qu'un symptôme ou un accident de diverses altérations saisissables, particulièrement des phlegmasies.

1° De la fièvre en général.

Les mots *fièvre* (1), *pyrexie* (2), ou *état fébrile*, servent à désigner un état morbide caractérisé surtout par la chaleur contre nature de la

(1) *Fièvre*, *febris*, dérive du mot *fervere*, bouillir, ou de *fervor*, effervescence, parce qu'on supposait que dans la fièvre les humeurs étaient en mouvement, à la manière des liquides qui entrent en ébullition. D'autres donnent le mot fièvre comme dérivé de *februare*, purger, purifier, parce que la fièvre était regardée par beaucoup de médecins comme une opération salutaire de la nature.

(2) *Pyrexie*, usité chez les Grecs pour désigner la fièvre, vient de πῦρ, πυρετὸς, *feu*, pour exprimer la chaleur, qui est en effet un des caractères prédominants de l'état fébrile. De là encore le nom de *pyrétologie*, qui est cette partie de la nosologie qui traite spécialement des fièvres.

peau, par l'accélération du pouls, par un état de malaise et par des troubles divers de quelques autres fonctions.

L'augmentation de la chaleur du corps, que les anciens, et Hippocrate le premier, regardaient comme caractérisant la fièvre, est, en effet, le phénomène le plus constant de cet état morbide, sans en être pourtant un indice certain. La chaleur fébrile est plus ou moins vive: les malades en ont ordinairement la conscience, la main du médecin la perçoit, mais on ne peut la mesurer exactement qu'à l'aide du thermomètre. Cet instrument, placé dans l'aisselle, fera constater une élévation de température qui variera de 1 à 7 degrés au-dessus de la température normale (1). Il n'y a pas toujours un rapport exact entre l'intensité de la chaleur et la sensation éprouvée par les malades; ceux-ci, en effet, accusent quelquefois une chaleur ardente, tandis que le thermomètre indique à peine une élévation d'un degré ; d'autres fois, les malades accusent un froid intense, tandis que le thermomètre s'élève au-dessus de la température normale : c'est ce que nous verrons notamment dans le stade de froid des fièvres intermittentes. La chaleur morbide, quoique générale, est souvent plus intense dans quelques points du corps; elle peut même, comme on le voit dans des cas rares d'accès de fièvres anomales (fièvres topiques), être limitée à quelques parties, tandis que le reste de la peau conserve sa température naturelle. La chaleur fébrile peut être fugace ou continue; elle peut diminuer et s'accroître, cesser et reparaître à des intervalles fixes ou irréguliers, suivant la cause de la fièvre. La chaleur peut être primitive ; mais le plus souvent on voit le début de la fièvre être marqué par une sensation de froid qui peut ensuite se reproduire plus ou moins souvent dans le cours de la maladie. Aussi variable que l'est la chaleur, le froid n'est le plus souvent qu'une sensation des malades; car la main du médecin, appliquée sur la peau, perçoit presque toujours le contraire, et le thermomètre, mis dans l'aisselle, fait constater une augmentation plus ou moins considérable dans la température. Le froid, qui marque si communément le début de la fièvre, ne consiste tantôt qu'en une simple sensation, sans aucune secousse ou agitation du corps : c'est le *refroidissement ;* ailleurs c'est l'*horripilation* avec saillie des bulbes des poils (*chair de poule*); enfin, à un degré plus élevé, le corps est agité d'un tremblement involontaire, il y a souvent claquement des dents : c'est le *frisson* proprement dit.

L'accélération du pouls est un des phénomènes les plus constants et les plus certains de la fièvre ; c'était même pour Boerhaave son caractère essentiel. Il peut pourtant manquer dans quelques cas, mais cette anomalie ne se remarque guère qu'à certaines périodes de quelques maladies graves et elle n'a presque toujours lieu que d'une manière passagère. La fréquence du pouls, quelque importante qu'elle soit, ne saurait cependant à elle seule caractériser l'état fébrile, attendu qu'elle existe fréquemment d'une manière permanente dans certaines conditions de l'économie, notamment après des

(1) L'expérience a prouvé que l'aisselle donne au thermomètre, à peu de chose près, la même température que les cavités internes où la caloricité est à son maximum.

pertes de sang considérables, dans la convalescence des maladies graves, etc.

Le degré de fréquence du pouls, qu'on ne peut apprécier exactement qu'avec la montre à secondes, varie beaucoup. Souvent il n'existe que quelques pulsations de plus qu'à l'état ordinaire; d'autres fois leur nombre est doublé, triplé; le pouls peut même être tellement fréquent, qu'il devient absolument impossible de le compter. Mais, pour juger sainement de l'état de la circulation, le médecin doit bien connaître les variations que la fréquence du pouls présente aux différents âges de la vie. Ainsi, on ne doit pas oublier que, d'après les recherches de MM. Leuret et Mitivié, le pouls des vieillards est plus fréquent que celui des adultes, puisque chez les premiers on trouve pour moyenne 73 ou 74 pulsations à la minute, et 65 seulement chez les seconds. Mais, malheureusement, on n'est pas encore bien d'accord sur la fréquence normale du pouls chez les jeunes enfants. D'après M. Valleix, cette fréquence ne serait, chez les enfants âgés de deux à vingt et un jours, que de 90 à 100 pulsations par minute pendant l'état de veille, et de 87 pendant le sommeil; tandis qu'à sept mois elle atteindrait en moyenne le chiffre 126; puis, d'après le même auteur, l'accélération du pouls irait en déclinant jusqu'à l'âge de six ans, de manière cependant à se maintenir toujours un peu au-dessus de 100. Pour M. Jacquemier, la moyenne du pouls des nouveaux-nés serait de 126 pulsations; enfin, M. Trousseau indique le nombre 137 comme exprimant la fréquence moyenne du pouls dans le premier mois de la vie, celui de 120 de six mois à un an; celui de 118 d'un an à vingt et un mois. Ces résultats viendraient donc confirmer ce qu'on disait autrefois de la grande fréquence du pouls des enfants nouveau-nés, que Floyer évaluait à 134, Sœmmerring à 130, Haller à 140. J'ai cherché moi-même à éclairer la même question. Chargé, à l'hôpital Saint-Antoine, d'un service de petits enfants allaités par leurs mères, j'ai compté le pouls plusieurs fois de suite pendant le sommeil des enfants, et seulement chez ceux dont la santé était irréprochable; or, voici ce que j'ai constaté. Dans le premier mois de la vie extra-utérine; le pouls, oscillant entre 88 et 160 pulsations, offrait pour fréquence moyenne 121 pulsations; de deux à quatre mois, cette fréquence s'élevait à 128; de cinq à sept mois, elle s'abaissait à 116; et d'un an à 14 mois, elle descendait à 111. Il importe de remarquer ici que le pouls des enfants offre, d'un instant à l'autre, les variations les plus grandes sous le rapport de la fréquence, et cela pendant que le sommeil paraît le plus profond, et lorsque les enfants ne sont soumis à aucune cause d'excitation. Cette variation excessive explique les résultats opposés qu'ont obtenus des hommes également recommandables.

Tous les individus qui ont de la fièvre éprouvent encore plusieurs autres troubles fonctionnels qui, sans être aussi constants, aussi caractéristiques que les précédents, méritent néanmoins d'être mentionnés. Ce sont: un état de malaise, de la fatigue, de la courbature, ou des douleurs contusives dans les membres, de la céphalalgie ou une simple pesanteur de tête; l'appétit est toujours diminué, et le plus souvent complétement aboli; la soif est ordinairement augmentée, la respiration souvent accélérée; enfin

quelques sécrétions, comme la sécrétion urinaire, peuvent être plus ou moins modifiées.

Il importe de noter que pour caractériser la fièvre il est absolument nécessaire que les deux phénomènes les plus essentiels de cet état morbide (l'augmentation de chaleur et l'accélération du pouls) soient permanents, c'est-à-dire qu'ils aient une certaine durée, ce qui établit une distinction entre l'état fébrile et l'excitation passagère et toute physiologique que la circulation et la calorification présentent dans certaines circonstances, comme après une course, après l'ingestion dans l'estomac de substances stimulantes, etc.

De la fièvre comme élément de diagnostic. — La constatation de la fièvre, abstraction faite de toute autre circonstance, ne fournit presque par elle-même aucune donnée diagnostique; elle ne peut prouver autre chose, si ce n'est qu'il existe un état maladif chez l'individu. Pour tirer du mouvement fébrile une valeur séméiotique plus précise, il faut avoir égard à quelques circonstances accessoires, comme l'intensité de la fièvre, sa marche, son type, sa durée et les lésions organiques qui l'accompagnent ou qui la compliquent, etc.

Le mot fièvre n'est pas, comme on l'a prétendu, synonyme d'inflammation; cependant il doit toujours réveiller à l'esprit l'idée d'une maladie plus ou moins cachée, dont le mouvement fébrile ne serait pour ainsi dire que l'ombre. Partant de cette idée, il faut, dès qu'on reconnaît la fièvre, analyser avec soin les symptômes concomitants, constater, par les méthodes d'exploration dont la science dispose, quel est l'état organique du sujet. Dans cette recherche, il faut, comme le dit avec raison M. Bouilland, bien se rappeler que nos organes étant composés de solides et de liquides, ce n'est pas l'altération isolée des uns ou des autres qui doit être l'objet exclusif de nos recherches; mais il faut s'enquérir avec un soin égal de ce double élément des maladies. En procédant ainsi on reconnaît que le plus souvent la fièvre est un reflet de la souffrance d'un organe. Dans nombre de cas, pourtant, l'état fébrile semble constituer la maladie tout entière; c'est du moins le seul élément appréciable pour nous, car, quelque recherche qu'on fasse, on ne constate aucune altération locale primitive essentiellement liée à la fièvre qui existe. On n'établira donc l'existence d'une fièvre essentielle que par voie d'exclusion et dans les cas seulement où il n'aura pas été possible de constater une lésion matérielle; ou bien, s'il y en a une, il faut que celle-ci, par l'époque tardive de son apparition et son peu d'intensité, ne puisse rendre compte de l'appareil fébrile qu'on observe. Plus exacts, plus sévères qu'on ne l'a été à une époque voisine de nous, nous n'admettrons la présence d'une phlegmasie locale que sur des signes certains, et, à l'exemple des médecins dont nous parlons, nous ne regarderons pas comme tels, la moindre douleur, souvent mobile et passagère, le moindre changement dans la sécrétion d'un organe, le plus ou moins de rougeur de la langue, le degré de sécheresse de la peau, c'est-à-dire la plupart des troubles inséparables de la fièvre. Mettant aussi à profit les beaux travaux de MM. Andral et Gavarret sur le sang, travaux que

nous ferons connaître ailleurs, nous trouverons dans l'inspection et l'analyse de ce liquide des caractères tellement distinctifs, suivant que la fièvre est liée à une phlegmasie ou qu'elle en est indépendante, qu'ils consacrent désormais d'une manière définitive la distinction vainement combattue des pyrexies et des inflammations. Enfin, dans la recherche que nous ferons du point de départ d'un mouvement fébrile continu, nous prendrons bien garde de nous laisser tromper par tous les autres troubles sympathiques, qui, par leur prédominance, peuvent quelquefois absorber l'attention de l'observateur et lui faire croire que les désordres qu'il voit tiennent à une lésion matérielle des organes, lésion à laquelle il rattacherait souvent aussi la fièvre elle-même ; double erreur qu'on évitera en ayant égard surtout à la nature des accidents qu'on observe, à leur intensité, à l'époque de leur apparition, à leur marche et à l'état organique, si toutefois nos moyens d'exploration nous permettent de déterminer celui-ci.

Ce n'est guère à son début que l'appareil fébrile peut fournir des données utiles pour le diagnostic. En effet, quand la fièvre s'allume, qu'elle soit ou non précédée de frisson, si elle ne coexiste déjà avec une lésion locale qui l'explique, il est à peu près impossible de dire ce qu'il adviendra. Cette incertitude est surtout grande chez les enfants et les jeunes gens, elle est un peu moindre chez l'adulte et diminue encore chez le vieillard, parce que par le seul fait du progrès de l'âge on voit diminuer de fréquence, puis disparaître même des maladies fébriles qui prédominaient chez les jeunes sujets; telles sont les fièvres éruptives et l'affection typhoïde qu'il faut à peu près exclure du diagnostic lorsqu'on est appelé près d'un vieillard chez lequel la fièvre débute. J'en dirai presque de même de la fièvre éphémère, qui s'allume avec une facilité excessive chez l'enfant et les jeunes gens, tandis que cette disposition à contracter la maladie dont nous parlons diminue avec les années et est presque inconnue dans la dernière période de l'âge adulte, et surtout chez les vieillards.

Cependant la fièvre survenant dans quelques conditions spéciales peut suffire seule, et dès les premiers moments de son invasion, à établir un diagnostic sinon absolument certain, du moins très probable. Ainsi une fièvre précédée ou non de frisson, qui se déclare chez une femme peu d'heures après l'accouchement ou après la cessation de la fièvre de lait, annoncera presque toujours une phlegmasie abdominale. Cette proposition est surtout universellement vraie en temps d'épidémie et s'applique non seulement à la fièvre puerpérale, mais encore à une foule d'autres maladies, spécialement aux fièvres éruptives et aux fièvres intermittentes. Notons également, comme un fait pratique d'un haut intérêt, que l'appareil fébrile, en apparence spontané, qui se déclare chez les sujets affaiblis, atteints de maladies chroniques apyrétiques, surtout s'ils gardent habituellement leur lit dans une position horizontale, est le signe presque certain d'une phlegmasie intercurrente. Il faudra, en pareil cas, examiner tous les organes, mais soupçonner avant tout les poumons et commencer l'exploration par eux; car il est établi, actuellement, que, dans les conditions que je viens de supposer, la pneumonie est de toutes les maladies inci-

dentes celle qui se déclare le plus communément (voir mon *Traité pratique de la pneumonie*).

Il est presque inutile de dire que les phénomènes prodromiques sont généralement de peu de valeur pour fixer le médecin sur le point de départ de la fièvre qui débute, attendu que les prodromes sont très variables et qu'il n'en est pas qui soient spéciaux à telle ou telle espèce de maladie aiguë fébrile. Les épidémies font exception, jusqu'à un certain point, à la proposition précédente, car fréquemment elles sont annoncées par un ensemble à peu près uniforme de phénomènes prodromiques. Or, l'on conçoit que si la maladie est fébrile, la fièvre qui surviendra après ces signes avant-coureurs aura une signification, une valeur diagnostique qu'elle n'aurait pas en toute autre circonstance. Ajoutons enfin que la fièvre elle-même, figurant souvent parmi les symptômes initiaux des maladies, annonçant l'invasion d'un état morbide, sans faire entrevoir pourtant, comme nous l'avons vu, le genre d'affection qui se développe, acquiert une grande valeur lorsqu'on la rapproche des phénomènes concomitants, qui, isolés à leur tour, n'auraient qu'une faible importance diagnostique.

Il résulte de ce qui précède que, dans bon nombre de cas, il peut exister un état général, un état fébrile plus ou moins intense, qui n'est explicable par aucune phlegmasie locale. M. Andral, qui a observé des cas semblables, dit avec beaucoup de raison qu'il n'y a alors aucun travail inflammatoire bien dessiné, mais que partout il y a tendance à sa production; pour peu que cet état se prolonge, on verra, en effet, naître diverses phlegmasies, suivant les prédispositions individuelles et la susceptibilité variable des organes. M. Piorry croit qu'il existe alors une inflammation primitive du sang, une *hémite*, comme il l'appelle, qui produirait ensuite une ou plusieurs phlegmasies locales consécutives. D'autres, sans rattacher dans ces cas la fièvre à une lésion bien déterminée d'un liquide, expliquent les altérations des solides venues après coup par le mouvement fébrile même qui donne à la circulation une activité insolite. Ces faits étaient connus depuis longtemps : les médecins d'un autre âge disaient alors avec Sydenham que la fièvre s'était jetée sur un organe, ou avec Jos. Quarin qu'elle avait dégénéré ou s'était transformée en une autre maladie. Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le fait est constant et ne doit pas être oublié; il devra porter le médecin à examiner tous les jours les principaux organes pour surprendre dès leur apparition ces phlegmasies consécutives, qui constituent peut-être alors pour les malades le principal danger, mais qui dans quelques cas cependant semblent être plutôt une crise heureuse de la fièvre; c'est ainsi qu'on voit parfois un mouvement fébrile, après avoir persisté d'une manière intense, s'éteindre aussitôt après l'apparition d'une phlegmasie bénigne, comme une amygdalite, une plaque érysipélateuse, etc.

La manière dont le mouvement fébrile débute doit encore fixer l'attention; il importe surtout de connaître si la fièvre a été précédée ou non de frisson; car bien que ce symptôme soit commun à la plupart des maladies avec fièvre, cependant son plus ou moins d'intensité au début d'un état fébrile continu n'est pas chose insignifiante à savoir, puisque M. Louis a

reconnu que les frissons étaient généralement plus considérables et plus fréquents dans les maladies graves que dans les affections légères. Chez le vieillard, par conséquent, à cause de la prédominance des phlegmasies pulmonaires et du nombre relativement moindre que chez l'adulte des autres maladies aiguës fébriles, on devra, à la vue d'une fièvre intense précédée d'un frisson violent, redouter plus spécialement le développement d'une pneumonie.

La fièvre, une fois bien établie, persistant d'une manière continue depuis plusieurs jours, souvent en s'aggravant, ayant dépassé la durée ordinaire de la fièvre éphémère simple ou prolongée, et de la période d'invasion des fièvres éruptives, devra, dans notre climat et notre état sanitaire habituel, si elle ne peut être encore localisée, faire supposer que le mouvement fébrile est symptomatique de quelque phlegmasie latente, ou qu'il existe une fièvre typhoïde, une fièvre éruptive anomale, une infection purulente, ou bien enfin (et ce sera la supposition la moins probable si la fièvre remonte déjà à sept ou huit jours) qu'il n'y a qu'un état général qui se dissipera sous peu ou provoquera l'explosion de quelque phlegmasie.

L'idée qu'il existe quelque part une inflammation latente est celle qui devra tout d'abord se présenter à l'esprit, quoique pourtant il ne soit pas très commun de voir des phlegmasies viscérales qui, excitant une fièvre vive, parviennent jusqu'au cinquième, septième ou huitième jour sans se révéler par des signes locaux plus ou moins caractéristiques. Cependant il n'est pas sans exemple, comme le remarque M. Chomel, qu'une inflammation de l'utérus ou de ses annexes, de quelques points du péritoine ou du tissu cellulaire environnant, surtout à la suite des couches, donne lieu à un mouvement fébrile dont le point de départ est difficile à constater, bien que les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent les malades appellent particulièrement l'attention vers le point affecté. Il en est de même de la phlébite spontanée et de celle qui, survenant à la suite d'une contusion qui a à peine fixé l'attention du malade, et que le médecin ignore, peut, comme nous l'avons vu plusieurs fois, exciter pendant huit ou dix jours une fièvre continue intense dont on ne trouve nulle part l'explication, jusqu'à ce que des frissons irréguliers, des abcès multiples et d'autres accidents, mais moins caractéristiques que ces derniers, viennent révéler l'origine de la fièvre. Disons pourtant que ces cas ne sont pas communs, et ajoutons ici que c'est presque toujours dans la poitrine qu'on trouvera la cause de ces mouvements fébriles symptomatiques de l'altération d'un solide, et qu'on ne peut pourtant localiser. En effet, cette fièvre continue, dont on ne trouve pas le point de départ, peut reconnaître pour cause une péricardite, une pleurésie, mais avant tout une pneumonie qui, d'abord centrale, peut pendant quelque temps se soustraire à tous nos moyens d'investigation. Cette cause sera soupçonnée et recherchée avec soin, quel que soit l'âge du sujet, mais elle aura d'autant plus de probabilité que l'individu sera plus âgé. Ceci est fondé sur plusieurs ordres de preuves qu'on trouvera détaillées dans mon *Traité de la pneumonie*.

Je rappellerai encore que je ne prétends raisonner que pour notre pays ;

car les idées que je viens de développer, et que je crois applicables chez nous, ne sont plus aussi généralement vraies pour d'autres contrées où se trouvent plusieurs autres maladies fébriles, comme le typhus fever en Angleterre, la fièvre jaune en Amérique, la peste en Orient, etc., affections qui, dans les pays dont nous parlons, doivent entrer dans les prévisions d'un diagnostic éclairé. De même dans les localités marécageuses, placées sous des latitudes plus méridionales, dans la campagne de Rome, par exemple, ou bien en Grèce, et dans l'Algérie, etc., le médecin doit se méfier toujours d'un appareil fébrile continu, simple ou compliqué d'accidents pernicieux, qui se montre dans ces contrées pendant le règne des fièvres intermittentes et rémittentes.

J'ai encore supposé que ces mouvements fébriles continus pourraient dépendre d'une fièvre éruptive anomale, soit que la période d'invasion se prolongeât (chose excessivement rare) jusqu'au sixième ou septième jour, soit que l'éruption manquât tout à fait, ou plutôt qu'elle eût disparu après une durée éphémère. Cependant, en pareille occùrrence, on s'éclairera beaucoup par le caractère des maladies régnantes, ainsi que par les symptômes du début, qui ont été ceux de la rougeole ou de la scarlatine.

Dans les circonstances où nous nous supposons placé, une fièvre violente et continue qui persiste depuis six, sept et huit jours, et qui ne trouve son explication nulle part, mettra encore sur la voie pour soupçonner une infection putride. Mais il est évident qu'en l'absence des symptômes caractéristiques, il faut s'éclairer par l'étude des commémoratifs, rechercher, par exemple, si l'individu, par la nature de ses occupations, n'aurait pas pu s'inoculer une matière septique, ainsi qu'on l'observe très souvent chez les anatomistes, les vétérinaires et chez ceux qui soignent les chevaux morveux.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de la forme aiguë du mouvement fébrile, mais celui-ci peut exister à l'état chronique ; dans ce dernier cas, il doit réveiller tout aussitôt l'idée d'une maladie cachée, d'une suppuration des parties molles ou des os, et plus souvent encore l'existence de tubercules pulmonaires. (Voir *Fièvre hectique.*)

La fièvre continue peut avoir, comme les autres maladies, une période d'augment, d'état et de déclin ; elle offre souvent des redoublements, qui arrivent presque toujours le soir ou dans la nuit. Ces redoublements, rarement annoncés par des frissons, n'indiquent pas, du moins le plus ordinairement, que la cause qui produit la fièvre est en progrès : ils correspondent seulement aux révolutions diurnes. Quelquefois, après être restée quelque temps stationnaire ou même avoir commencé à décliner, la fièvre reprend brusquement ou peu à peu une nouvelle énergie, ce qui peut indiquer une complication phlegmasique ; une recrudescence de la maladie, dont la fièvre est le symptôme ; ou le passage de l'affection à une nouvelle phase caractérisée par quelque changement dans l'état organique. C'est ainsi que, dans la phlébite, au moment où l'infection du sang s'opère, ou bien dans la variole à l'époque de la suppuration des pustules et de la résorption du fluide qui y est contenu, on voit la fièvre redoubler tout à coup. D'autre part, la diminution considérable de la fièvre n'indique pas

nécessairement que la maladie s'amende ou se juge, mais elle marque parfois seulement la transition de l'affection d'une période à une autre ; c'est ce qui arrive, par exemple, pour les fièvres éruptives, dans lesquelles les symptômes de réaction diminuent considérablement pendant l'éruption ou aussitôt après. Dans d'autres cas, la fièvre se maintient, quoique la maladie locale dont elle paraît être le symptôme ait diminué ou même complétement cessé. Nous ne rencontrerons ce phénomène ni aussi souvent ni d'une manière plus remarquable que dans le rhumatisme articulaire.

Nous verrons plus tard que la fièvre, indépendamment de toute autre circonstance et en n'ayant égard qu'à son type, pourra être d'une grande utilité pour le diagnostic. Ainsi on peut établir en règle générale qu'un mouvement fébrile continu est, dans la grande majorité des cas, symptomatique de quelque phlegmasie, tandis que celui qui est intermittent est presque toujours essentiel, c'est-à-dire indépendant de toute altération matérielle saisissable.

De la fièvre comme élément de pronostic. — La fièvre, qui n'entraîne après elle aucun péril lorsqu'elle n'a qu'une durée courte et qu'elle ne se lie à aucune lésion grave des solides ou des liquides, peut, en se prolongeant, devenir la cause de lésions plus ou moins profondes dans beaucoup de viscères; ces lésions sont proportionnées pour le nombre et l'étendue à l'intensité et à la durée du mouvement fébrile. Cette importante loi pathologique est due à M. Louis, qui, ayant examiné indistinctement tous les organes des sujets emportés par une maladie fébrile quelconque, a trouvé, par exemple, que la membrane muqueuse des voies digestives était ramollie dans la majorité des cas. Nous-même avons prouvé (pages 77 et 171 du *Traité de la pneumonie*) que la fièvre était, avec la débilité, la cause la plus ordinaire des pneumonies qui surviennent si fréquemment dans le cours des maladies fébriles, et nous avons en outre reconnu toute l'exactitude des observations de M. Louis relativement à l'influence qu'un mouvement fébrile intense et plus ou moins prolongé exerce sur le développement des autres lésions secondaires, surtout du côté de la muqueuse gastro-intestinale. Beaucoup plus rarement on voit un mouvement fébrile aigu, excitant la force médicatrice de la nature, déterminer la guérison spontanée de maladies anciennes qui avaient été jusqu'alors rebelles à tous les moyens de traitement. Cependant Boerhaave, Baglivi, F. Hoffmann, Strack, Welhof, Pujol, Dumas, etc., ont cité des cas d'engorgements chroniques, d'affections douloureuses, de névroses, de vésanies, etc., qui ont guéri à la suite d'un mouvement fébrile de courte durée. Mais de pareils faits sont fort rares, ils sont tout à fait exceptionnels. D'ailleurs Dumas et Pujol n'ont point réussi à prouver, suivant nous, l'utilité de la fièvre dans les maladies chroniques ; car dans le travail de ces deux médecins célèbres on trouve bien moins des faits précis que des assertions fondées sur de fausses interprétations. C'est ainsi que, dans son Mémoire couronné par la Société royale de médecine de Paris, Pujol confond toujours la fièvre avec la simple excitation organique ; pour lui, les toniques, la gymnastique, le régime, les bains, les douches, les topiques résolutifs et fondants, qui

triomphent de certaines maladies chroniques, n'agiraient qu'en provoquant un mouvement fébrile, ce qui est manifestement contraire à l'observation journalière.

La fièvre est un accident qui, dans un grand nombre de cas, n'a qu'une faible importance et n'entraîne aucun péril; c'est ce qui arrive lorsqu'elle a une durée courte et qu'elle ne se lie à aucune altération grave des solides ou des liquides. Il n'en est plus de même lorsque le mouvement fébrile est violent ou qu'il se prolonge, car son intensité est presque toujours en rapport avec l'étendue et la gravité des altérations organiques : aussi la considération du degré de la fièvre constitue-t-elle, dans la grande majorité des cas, le meilleur moyen pour mesurer la gravité de la maladie.

Quand un mouvement fébrile continu débute, il est fort difficile et même impossible de calculer quelle sera sa durée, et d'affirmer s'il restera en-deçà ou s'étendra au-delà des limites de la fièvre éphémère. Le médecin doit se tenir sur une sage réserve, et ne point hasarder un pronostic, car on peut rarement calculer ce que sera la maladie par la seule considération des symptômes prodromiques ou initiaux. Ainsi, d'une part, on voit souvent à une fièvre bénigne succéder après quelques jours des accidents formidables : c'est ce qui a lieu dans certaines fièvres typhoïdes; et, d'autre part, après un appareil fébrile intense subitement développé et accompagné de symptômes menaçants, on voit fréquemment survenir une maladie assez bénigne : c'est ce qu'on observe notamment pour les fièvres éruptives, et surtout pour les éruptions varioliques.

La fièvre est un accident dont on ne peut jamais faire abstraction dans le pronostic; souvent même elle domine tous les autres symptômes. Ainsi, lorsque dans une maladie aiguë la fièvre continue à s'aggraver, elle diminue beaucoup et peut même détruire complétement les espérances que pouvait faire concevoir la diminution ou la cessation de quelques autres accidents fâcheux. Pour compléter toute ma pensée à ce sujet, je dirai que lorsqu'il y a désaccord entre la fièvre et les symptômes locaux, lorsque ceux-ci diminuent, tandis que l'appareil fébrile est le même, il faut, si la maladie est grave, laisser le pronostic encore incertain; et on devrait être inquiet sur l'issue de l'affection, si, les symptômes locaux s'améliorant, on notait une aggravation considérable de la fièvre.

Cependant la considération de la fièvre ne doit pas être le seul élément de pronostic; il faut, en effet, tenir compte, dans le jugement qu'on porte, de toutes les circonstances concomitantes; souvent même c'est à celles-ci qu'on doit recourir pour apprécier le degré de confiance qu'il faut avoir dans la diminution du mouvement fébrile qu'on observe pendant quelques états graves de l'économie. Ainsi, dans certaines formes des fièvres typhoïdes, ou bien encore dans la dernière période des phlegmasies du jeune âge, on voit quelquefois le pouls perdre sa fréquence et la peau sa chaleur; on dirait presque qu'il y a apyrexie; mais si on remarque en même temps l'aggravation de tous les autres symptômes et le collapsus qui existe, non seulement on ne sera point rassuré, mais on devra porter

plutôt un pronostic fâcheux et prédire une mort prochaine. Observons encore ici que quand il s'agit de constater la diminution de la fièvre et d'apprécier sa valeur, il est nécessaire qu'il y ait accord, concordance, entre la chaleur et la fréquence du pouls, symptômes que nous avons signalés comme caractérisant surtout l'état fébrile. En effet, il faudrait être peu rassuré si, le pouls diminuant, la peau restait chaude et sèche, ou si, celle-ci s'étant humectée et étant moins brûlante, on voyait le pouls redoubler de fréquence.

Il faut encore, dans le pronostic de la fièvre, tenir toujours compte de la cause : ainsi une fièvre continue dont on ne trouve l'explication nulle part est toujours chose fâcheuse. En outre, deux fièvres d'égale intensité auront cependant un pronostic tout autre, d'après la cause qui les excite et les entretient. Quelle différence, en effet, entre un mouvement fébrile symptomatique d'un érysipèle borné à un membre, et un état fébrile d'égale intensité provoqué par une phlébite, une péritonite et même une pneumonie! Disons cependant que, portée à un certain degré d'intensité, quand, par exemple, le pouls dépasse 120 pulsations, la fièvre, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause excitante, est un signe toujours fâcheux.

Quoiqu'il ne soit pas possible d'établir de règle absolue à ce sujet, on peut néanmoins avancer que le type continu est généralement plus grave que le type intermittent, et que, dans les pyrexies de cette dernière espèce, le pronostic est d'autant plus fâcheux que la fièvre se rapproche davantage de la continuité. L'appareil fébrile chronique est généralement plus fâcheux que la fièvre aiguë, parce que le premier, comme nous l'avons vu, se lie presque toujours à des altérations très graves et qui même sont ordinairement mortelles. Le pronostic sera donc ici essentiellement subordonné à la nature de l'altération organique et à la facilité avec laquelle on peut l'enlever ou l'amoindrir.

La fièvre indique en général plus de danger aux deux extrêmes de la vie, moins peut-être par elle-même que par la gravité qu'acquièrent, chez le très jeune enfant et chez le vieillard, la plupart des maladies fébriles. Cependant, chez les enfants, surtout chez ceux qui ont dépassé cinq ou six ans, il ne faut pas, à la vue d'une fièvre intense qui débute, se hâter de porter un pronostic grave, car il arrive fréquemment d'observer à cet âge des accès fébriles violents avec agitation, délire ou somnolence, qui néanmoins se dissipent en dix ou vingt-quatre heures. Il importe encore de ne pas oublier, pour le pronostic, qu'une phlegmasie d'égale étendue excite presque toujours plus de fièvre et réveille généralement un plus grand nombre de troubles sympathiques chez l'enfant que chez l'adulte, chez l'adulte que chez le vieillard, chez lequel les organes les plus importants atteints des altérations les plus profondes retentissent quelquefois à peine sur les autres appareils. De là le précepte si important en médecine pratique de prendre en considération, chez les vieillards, les moindres dérangements de la santé, surtout quand il existe de la fièvre, car ce qui ne semble être qu'une indisposition est souvent chez eux l'indice d'une maladie grave.

Causes de la fièvre. — Nous ne rappellerons point ici toutes les rêveries enfantées par les anciens médecins pour expliquer les causes de la fièvre ; ces causes sont inconnues dans un grand nombre de cas. Le plus souvent pourtant, ainsi que nous l'avons déjà dit, on trouve la raison du mouvement fébrile dans l'existence d'une phlegmasie, dans l'exagération fonctionnelle de quelque organe, dans une altération du sang par diverses substances, etc. Cependant on ignore encore et on ignorera probablement toujours de quelle manière ces causes agissent pour exciter le mouvement fébrile. Nous ne pouvons, en un mot, savoir le lien qui unit la cause à l'effet ; toutes les explications qu'on a proposées sont ridicules ou d'une démonstration impossible, et ne doivent point, par conséquent, occuper les esprits sérieux.

De la fièvre sous le rapport thérapeutique. — La fièvre n'indiquant par elle-même aucune maladie déterminée, et pouvant être l'expression de souffrances très diverses, ne doit pas être la source unique des indications; on peut dire aussi qu'elle ne commande d'une manière absolue aucune médication, et qu'elle n'en proscrit aucune. Ainsi les antiphlogistiques, les évacuants, les révulsifs, les toniques, les excitants diffusibles, les antispasmodiques, peuvent être conseillés, suivant les caractères de la fièvre et la prédominance de tel ou tel symptôme. Souvent, en effet, ce n'est point en agissant directement sur la maladie principale ou sur le système circulatoire qu'on modère la fièvre, mais en combattant un symptôme ou un état organique devenu accidentellement prédominant. C'est ainsi que, dans certaines maladies fébriles compliquées de troubles nerveux considérables, les antispasmodiques, en calmant ceux-ci, modèrent aussi la fièvre ; de même on voit l'appareil fébrile, quelle que soit sa cause, s'amender souvent après un émétique ou un purgatif, lorsque l'indication d'évacuer l'estomac ou les intestins était précise ou prédominante. Enfin, dans ces états graves de l'économie où les forces sont prostrées, et lorsque la vie est près de s'éteindre, si, oubliant la nature de la maladie première, on obéit seulement à ce que les anciens nommaient l'*indication vitale*, si on tonifie, on voit, à mesure que les forces se relèvent, le pouls perdre sa fréquence et la peau sa chaleur aride.

La fièvre, pourtant, peut à elle seule, par ses caractères propres, sa physionomie, sa nature, déterminer le choix des remèdes ; telles sont les fièvres périodiques qui indiquent tout d'abord le quinquina. Ce n'est pas à dire pourtant qu'on ne devra pas alors consulter les autres indications fournies par l'état organique, et qui peuvent, sinon s'opposer tout à fait à l'administration du spécifique, du moins en faire ajourner l'emploi afin de combattre certaines complications qui s'opposeraient à ses bons effets. Ceci d'ailleurs ne s'applique qu'aux cas bénins ; car, lorsqu'il y a péril pour la vie, il ne faut voir que la périodicité, ne s'inquiéter que d'elle seule, et prévenir ou amoindrir l'accès suivant en donnant le sulfate de quinine à haute dose. Dans la fièvre continue, il est aussi des circonstances où l'homme de l'art ne doit s'occuper que des caractères de l'état fébrile : ainsi, la fièvre est-elle franchement inflammatoire, peu importe la cause qui la produit,

peu importe même l'état de telle ou telle fonction ; il faut s'inquiéter avant tout de modérer le mouvement circulatoire par les émissions sanguines.

Dans l'application des remèdes actifs indiqués par la fièvre, on se dirige plutôt par les caractères du pouls que d'après l'état de la peau. Cependant il est des circonstances où la chaleur vive et sèche des téguments, considérée seule, provoque le médecin à employer des moyens qui semblent plus spécialement dirigés contre elle : tels sont les lotions fraîches acidulées et les bains tièdes, si utiles dans une foule de maladies fébriles, et qui, donnés dans les conditions que nous supposons, rendent à la peau sa souplesse, modèrent sa chaleur et souvent diminuent également la fréquence du pouls.

La fièvre étant toujours un mal, il faut, quelle que soit sa forme, sa nature, se hâter de la guérir ou tout au moins de l'amoindrir ; nous ne saurions, par conséquent, approuver la pratique de quelques médecins modernes, pratique qui fut celle de beaucoup de médecins du siècle dernier, qui, s'appuyant de l'autorité de Boerhaave, conseillaient de laisser durer pendant un certain temps les fièvres intermittentes et de ne les arrêter que vers le septième jour, lorsqu'elles ne compromettaient pas la vie des individus. Il est aussi inutile d'insister ici pour prouver combien les idées de Sydenham sur la prétendue utilité des fièvres continues ont exercé une fâcheuse influence sur la thérapeutique des maladies, puisque ce grand médecin, dans la pensée de favoriser, d'avancer la *coction*, voulait qu'on laissât la fièvre dans toute sa force aussi longtemps qu'il n'y avait pas péril pour le malade ; c'est-à-dire que Sydenham perdait dans l'expectation l'époque dans laquelle il pouvait le plus facilement, par une médication active, imprimer à la maladie une heureuse direction. Ayant contesté l'utilité de la fièvre, c'est dire qu'on ne doit jamais la provoquer. Dans quelques cas, pourtant, on la ranime par l'administration des excitants diffusibles, par la rubéfaction et l'excitation de la peau, lorsqu'un exanthème s'étant brusquement supprimé, il se déclare quelque accident fâcheux. Nous croyons pourtant que les moyens qu'on emploie dans ces cas sont utiles et agissent plutôt en activant la peau qu'en imprimant à la fièvre un plus grand degré d'énergie, effet qui serait, à notre avis, plutôt pernicieux qu'utile.

2° Des fièvres.

Si on considère quelles sont les circonstances au milieu desquelles la fièvre se développe, on voit (et cette distinction que nous avons déjà faite l'a été dès la plus haute antiquité) que, dans la grande majorité des cas, le mouvement fébrile n'est qu'un symptôme, un état consécutif survenant à l'occasion d'altérations diverses, spécialement à la suite des phlegmasies ; d'autres fois, au contraire, la fièvre semble exister par elle-même ; on n'en trouve, en effet, l'explication dans aucune altération matérielle saisissable des solides ou des liquides : en un mot, si dans le premier cas la fièvre ne forme qu'un des éléments de la maladie, dans le second, au contraire, elle semble constituer la maladie tout entière. Ce n'est pas à dire pour-

tant qu'on ne voie souvent coexister avec ces fièvres diverses altérations dans les solides et les liquides ; mais ces altérations sont presque toujours consécutives au mouvement fébrile, et ne sauraient, par conséquent, l'expliquer : telles sont la variole, la rougeole, la scarlatine, et l'affection typhoïde elle-même.

Les maladies dans lesquelles l'état fébrile forme l'élément essentiel et le seul appréciable, les maladies fébriles qui ne reconnaissent aucune altération locale, primitive, essentiellement liée à elles, constituent pour nous la *classe des fièvres.* Leur nombre, jadis considérable, s'est restreint de plus en plus, au fur et à mesure qu'on a su distinguer les mouvements fébriles qui étaient *consécutifs* ou *symptomatiques*, de ceux qui étaient *primitifs* ou *essentiels.*

Ce fut sans contredit une grande erreur lorsque Broussais et son école, prétendant expliquer tous les états fébriles par des lésions déterminées de quelque organe, proposèrent de rayer les fièvres du cadre nosologique et en firent des affections symptomatiques. Cette doctrine, pour la défense de laquelle Broussais déploya un talent prodigieux, séduisit la plupart des esprits, qui furent entraînés sans être convaincus : aussi vit-on, après quelques années, une réaction s'opérer en faveur des doctrines anciennes, et les médecins admettre de nouveau une classe de maladies fébriles sans altération locale constante et primitive. Pour eux comme pour les anciens, la fièvre, dans ces cas, était considérée comme *essentielle.* Ce mot *essentiel*, qui a suscité d'interminables querelles, ne doit pas signifier que la fièvre existe par elle-même, qu'elle ne constitue qu'une perversion ou une altération du principe vital ; mais nous voulons dire par ce mot que la lésion quelconque qui existe certainement comme point de départ de la maladie, nous est encore inconnue dans sa nature et dans son siége. Le mot *essentiel* exprime donc, si l'on veut, notre ignorance ou une lacune de la science, mais il ne préjuge rien sur la cause qui produit et entretient la fièvre.

Les fièvres, telles que nous les comprenons ici, forment une classe importante de maladies remarquables par quelques phénomènes particuliers qui les différencient des autres groupes de maladies fébriles, notamment des phlegmasies avec lesquelles on les a longtemps confondues. Ainsi les fièvres sont primitivement générales, comme le prouve l'impossibilité où l'on est de les rattacher à une lésion locale. Si dans plusieurs d'entre elles on trouve une lésion constante, celle-ci, ainsi que nous l'avons déjà déclaré plusieurs fois, est presque toujours consécutive au mouvement fébrile, et ne peut expliquer, d'ailleurs, l'étendue, la gravité et la généralisation des symptômes. Les fièvres sont encore remarquables par la longueur des prodromes, par les causes qui les produisent, et qui sont pour la plupart la contagion ou l'infection. Enfin, dans ces derniers temps, MM. Andral et Gavarret ont trouvé dans l'analyse du sang de nouveaux caractères distinctifs : ainsi l'analyse chimique a démontré à ces auteurs que dans les fièvres, en les supposant dégagées de toute complication phlegmasique, la fibrine n'augmente jamais ; que souvent elle reste en quantité normale

(3/1000 en moyenne), et que parfois elle diminue jusqu'à un point que l'on ne retrouve dans aucune autre maladie aiguë. Dans les phlegmasies, au contraire, il y a augmentation constante et souvent considérable de la fibrine (voir *Inflammation*) ; aussi le sang est-il habituellement couenneux, tandis que ce caractère manque dans les pyrexies, puisque dans ces maladies, supposées toujours sans complication phlegmasique, deux seuls cas, comme le dit M. Andral, peuvent avoir lieu : ou bien la fibrine a gardé sa proportion normale, ou bien elle a subi une diminution plus ou moins notable.

La diminution de la fibrine, bien que fréquente dans les pyrexies, n'existant pas nécessairement dans aucune d'elles, il est inutile de dire qu'on ne saurait placer dans cette altération du sang le point de départ de cette classe d'affections. Cette altération, ainsi que le croit M. Andral, n'est probablement qu'une lésion secondaire analogue à celles qu'on rencontre si communément dans les solides, et qui, comme ces dernières, peut devenir la cause de nouveaux accidents. C'est, en effet, par cette destruction de la fibrine que s'expliquent cette tendance aux hémorrhagies passives, et la facilité avec laquelle se produisent les congestions viscérales, qui sont deux ordres d'accidents qu'on rencontre fréquemment dans les pyrexies graves. Ajoutons en outre que cette diminution de proportion dans la fibrine coïncide constamment avec l'apparition de ces symptômes graves que le vitalisme attribuait à l'adynamie, le solidisme au relâchement de la fibre, l'humorisme à la putridité des humeurs (Andral). C'est dans ces cas que le sang retiré des veines pendant la vie se coagule lentement ; son caillot large, sans vestiges de couenne, est mou ; on le brise avec la plus grande facilité ; souvent même il est diffluent et se divise à la moindre pression en une foule de grumeaux nageant dans un sérum roussâtre.

Division des fièvres. — Rien de plus arbitraire que les classifications des fièvres proposées par les pyrétologistes. Les causes véritables ou présumées de la maladie, son siége et sa nature presque toujours hypothétiques ; sa marche, sa durée, et la prédominance de tels ou tels symptômes, ont été les circonstances principales qui ont servi à faire, dans l'étude des fièvres, des divisions nombreuses, et la plupart sans aucune importance.

La considération du type des fièvres sert à établir une division très naturelle et très importante, qu'on trouve exprimée dans les livres hippocratiques. Ainsi, le mouvement fébrile persiste-t-il sans interruption, la fièvre est dite *continue ;* cesse-t-il pour reparaître à des intervalles réguliers, c'est alors la fièvre *intermittente ;* si enfin, de forme continue, la fièvre présente des exacerbations périodiques, on la dit *rémittente.*

De tout temps les médecins ont distingué plusieurs espèces de fièvres continues, et ont fondé spécialement leurs divisions sur leurs caractères prédominants, ou sur l'idée qu'ils se formaient sur les causes et la nature de la maladie. De là sont venues les divisions des fièvres continues en adynamique et ataxique, en inflammatoire, bilieuse, muqueuse, putride, ma-

ligne, etc. Ces divisions arbitraires, dont Pinel, entre autres, surchargea la pyrétologie, ont fait faire un pas rétrograde à la science, et arrêté la tendance qu'avaient les esprits, depuis Chirac, à la fusion des fièvres continues. Pinel exerça un tel empire sur ses contemporains, que MM. Petit et Serres ayant, en 1813, décrit les lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde, crurent avoir découvert une maladie nouvelle, essentiellement distincte des fièvres adynamique et ataxique de Pinel, auxquelles ils laissèrent une existence séparée. Broussais, qui vint peu d'années après, poussé par un sentiment instinctif plutôt que par une conviction puisée dans l'observation exacte, essaya d'opérer la fusion des fièvres continues, et les localisa dans le tube digestif, ainsi que le prouve le nom de *gastro-entérite* qu'il leur imposa. Mais ce mot était lui-même une erreur, car il supposait une gastrite, qui existe rarement; d'ailleurs, sous cette dénomination, Broussais confondit plusieurs maladies différentes, sans saisir néanmoins les caractères distinctifs de la fièvre typhoïde. Tel était l'état de la science, lorsqu'en 1829 parurent les recherches de M. Louis, qui établit tout d'abord la fusion de toutes les fièvres continues graves de ce climat en une seule, la fièvre typhoïde. La démonstration de cette grande vérité est sans contredit une des plus belles conquêtes de la médecine contemporaine; elle a opéré une véritable révolution dans l'ancienne pyrétologie, puisqu'elle a fait voir que les fièvres continues graves, si différentes en apparence, considérées par chacun comme des maladies distinctes, étaient au fond et dans leur nature des maladies identiques, ne constituant qu'une seule affection, qui pouvait se montrer, suivant les circonstances, sous des formes variées (Chomel et Genest). Cependant la fièvre typhoïde ne comprend que les formes graves des pyrexies anciennement admises : aussi, pour compléter la connaissance des fièvres continues de ce climat, faut-il admettre encore d'autres espèces de pyrexies, qui sont les fièvres *éphémère* et *inflammatoire*. Dans quelques autres régions du globe, pourtant, la fièvre typhoïde ne comprend plus toutes les espèces de pyrexies graves qu'on y observe; c'est ainsi que le *typhus fever d'Irlande*, la *fièvre jaune*, la *fièvre bilieuse* des climats chauds et la *peste* d'Orient, sont des fièvres continues spéciales et distinctes de l'affection typhoïde. Enfin, il existe encore partout un genre de fièvres continues, remarquables par une marche déterminée, invariable, et par une éruption spéciale à la peau, qui constitue leur lésion caractéristique : ce sont les *fièvres éruptives*. Toutes les espèces précédentes de fièvres sont des affections essentiellement aiguës; mais on ne saurait nier aussi qu'il existe un certain genre de fièvres à marche chronique, connu sous le nom de fièvre *hectique*, genre très restreint de nos jours, et très rarement observé depuis qu'il est prouvé que la fièvre chronique est presque toujours symptomatique d'une lésion organique.

En n'admettant pour notre climat, indépendamment des fièvres éruptives qui sont à part, que trois espèces de fièvres continues, qui sont l'*éphémère*, l'*inflammatoire* et la *typhoïde*, je ne me dissimule pas qu'on rencontre très fréquemment dans la pratique des états fébriles qu'il serait

absolument impossible de classer dans les espèces précédentes. Ces états fébriles, dans lesquels prédominent les troubles des organes digestifs qui caractérisent la forme muqueuse ou bilieuse de l'embarras gastrique, offrent une physionomie spéciale : aussi j'avais d'abord songé à les étudier à part; et, à l'exemple des nosographes qui se sont succédé jusqu'à Pinel, j'avais voulu établir une fièvre *gastrique* ou *bilieuse;* mais en consultant les pyrétologistes les plus célèbres, et en y comprenant Pinel lui-même, j'ai pu me convaincre que rien n'était plus obscur et plus hypothétique que la doctrine des fièvres bilieuses. Ainsi, en lisant la relation que Stoll donne de cette fièvre, qu'il place au premier rang des fièvres annuelles, on trouve un assemblage des symptômes les plus disparates, sans retrouver les traits d'une maladie bien dessinée. Stoll semblait le reconnaître lui-même en avouant qu'il avait vu peu de maladies qui eussent une physionomie aussi mobile : car elle change, dit-il, de caractère non seulement dans les diverses années, mais encore dans la même constitution régnante. Cette apparente mobilité dépend toutefois de ce que les médecins anciens, qui ne jugeaient les maladies que par leurs formes extérieures, avaient réuni dans un même groupe des affections très dissemblables. C'est ce qui explique pourquoi les auteurs modernes ont été à peu près unanimes pour rejeter l'existence des fièvres bilieuses ou gastriques, les uns rapportant cet état morbide à la gastrite, à l'hépatite, à la gastro-duodénite, d'autres voulant en faire une variété de la fièvre typhoïde. Cependant l'opinion des premiers n'est justifiée ni par les symptômes, ni par la marche de la maladie, ni par les résultats thérapeutiques. Ceux qui ont fait de la fièvre bilieuse des auteurs une variété de la fièvre typhoïde ont émis une opinion vraie, mais seulement un peu trop exclusive. Il est, en effet, incontestable qu'il faut rattacher à la dothinentérie, à la lésion des follicules et des ganglions mésentériques, toutes ces maladies graves décrites sous le nom de *fièvres bilieuses*, qu'on a vues régner en si grand nombre dans tous les temps, surtout dans la dernière moitié du XVIIIe siècle. C'est ce dont il est facile de se convaincre, par exemple, en lisant la relation de Tissot sur l'épidémie de Lausanne, de 1755; celle de Mertens, sur l'épidémie de Moscow, en 1769; celle enfin dont Finke a été l'historien, et qui régna dans le Tecklembourg de 1776 à 1780. La fièvre typhoïde cependant ne peut rendre compte de tous les états fébriles avec prédominance de symptômes bilieux qu'on observe fréquemment dans ce pays; ou plutôt elle ne rend compte que des cas graves; mais elle ne saurait comprendre les cas légers, c'est-à-dire tous ceux qui, à l'aide d'un traitement convenable, cèdent après deux ou trois jours, et au plus tard après dix jours. Doit-on cependant ranger ces cas au nombre des pyrexies essentielles? ne faut-il pas les considérer plutôt comme des états fébriles symptomatiques d'une souffrance de l'estomac ou des voies biliaires, dont la nature est encore indéterminée? La chose me paraît incontestable : car d'une part ces troubles gastriques existent fréquemment sans fièvre; celle-ci, quand elle survient, n'est qu'un épiphénomène, un acte accessoire, qui d'ailleurs est tellement sous la dépendance de l'état morbide des voies digestives, qu'il suffit de

faire cesser celui-ci pour voir à l'instant le mouvement fébrile s'amender, et le plus souvent même disparaître aussitôt. Toutes ces considérations m'ont empêché d'admettre pour ce pays une fièvre gastrique ou bilieuse; l'état morbide qui pourrait recevoir cette dénomination sera plus convenablement placé dans les maladies spéciales de l'estomac, à l'article *Embarras gastrique.*

En résumé, nous avons prouvé qu'il existe une classe de maladies qui doit recevoir le nom de *fièvres;* nous en distinguerons cinq genres différents, qui sont :

Premier genre.— La *fièvre continue* proprement dite, comprenant sept espèces différentes, qui sont : la *fièvre éphémère*, la *fièvre inflammatoire*, la *fièvre typhoïde*, le *typhus d'Europe*, la *fièvre bilieuse* des pays chauds, la *fièvre jaune* et le *typhus d'Orient.*

Le *deuxième genre* comprend les fièvres éruptives, *variole*, *varioloïde* et *varicelle*, la *rougeole*, la *scarlatine*, et la *suette miliaire.*

Le *troisième genre* se compose des fièvres intermittentes *bénignes*, *pernicieuses* et *anomales.*

Dans le *quatrième genre* sont les fièvres *rémittentes* et *pseudo-continues*, qu'on pourrait peut-être à la rigueur considérer comme une simple variété ou un sous-genre des intermittentes.

Dans le *cinquième genre* enfin se trouvent les fièvres *hectiques*, *lentes* ou *chroniques.*

Premier genre de fièvres.

DES FIÈVRES CONTINUES.

DE LA FIÈVRE ÉPHÉMÈRE.

On nomme *fièvre éphémère* un mouvement fébrile plus ou moins intense, qui se termine généralement, après vingt-quatres heures de durée, par quelque évacuation ou par tout autre mouvement critique.

Symptômes, *marche.* — La fièvre éphémère survient le plus souvent d'une manière brusque ; son début est quelquefois marqué par un frisson léger, bientôt suivi de chaleur ; la face est rouge, animée, mais son expression est naturelle ; il y a de la céphalalgie, du lumbago et des douleurs contusives dans les membres; la peau est chaude, mais douce au toucher, le pouls plus ou moins large et fréquent ; la soif est vive, la langue blanche et large; il n'y a point d'appétit, pas de selles ni de coliques; l'urine est rare et rouge. L'exploration des cavités splanchniques et de la surface du corps ne fait découvrir nulle part de lésion capable d'expliquer le mouvement fébrile qu'on observe. En un mot, il n'existe aucun symptôme grave. Cependant, chez quelques personnes irritables, et surtout chez les femmes et les enfants, on peut observer un peu de délire ou d'agitation pendant la période la plus aiguë de la maladie. MM. Becquerel et Rodier, ayant eu occasion d'examiner cinq fois le sang d'individus atteints de fièvre éphé-

mère, ont trouvé que ce sang pouvait être tout à fait à l'état normal, ou ne présenter qu'une augmentation légère des globules et de la cholestérine.

Après avoir persisté avec quelque violence pendant six, douze ou dix-huit heures, on voit presque toujours la fièvre diminuer d'intensité, puis cesser tout à fait après une durée de vingt-quatre heures; il n'est pas rare, cependant, de la voir persister au-delà de ce terme, et ne se juger, par exemple, qu'au bout de deux ou trois jours. On lui donne alors le nom de *fièvre éphémère prolongée*. Lorsqu'il en est ainsi, il arrive tantôt que les accidents fébriles, parvenus en quelques heures à leur plus haut degré d'intensité, diminuent progressivement; tantôt, au contraire, ils s'accroissent jusqu'au dernier jour. Dans ce dernier cas, on observe généralement le soir ou pendant la nuit un redoublement dans la fièvre, dans la céphalalgie et le malaise général.

Le retour à la santé se fait souvent sans qu'on observe aucun changement notable dans les sécrétions : cependant le plus ordinairement la diminution de la fièvre coïncide avec l'apparition d'une sueur plus ou moins considérable, et qui exhale quelquefois une odeur désagréable; d'autres fois les malades rendent une urine briquetée, trouble, ou bien il survient deux ou trois selles de matières jaunes et très fétides; enfin, et c'est une des crises les plus fréquentes, une éruption de vésicules d'herpès se montre sur la surface cutanée des lèvres.

En général, il n'y a pas ou à peine de convalescence; en effet, la fièvre aussitôt tombée, l'appétit renaît avec les forces. Cependant il est quelques sujets chez lesquels la diminution de l'embonpoint et des forces n'est pas en rapport avec la maladie qu'ils viennent d'éprouver; souvent alors le rétablissement complet exige encore plusieurs jours de repos et de régime. C'est ce qu'on voit spécialement chez les jeunes pubères lorsque la fièvre, coïncidant avec un développement rapide du corps, mérite véritablement alors le nom de *fièvre de croissance*.

Il est des individus qui éprouvent chaque année plusieurs récidives de fièvre éphémère; mais cela n'a guère lieu que chez les jeunes gens; assez généralement cette disposition diminue avec l'âge, et disparaît vers la quarantième année.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de déterminer, au moment où la fièvre commence, si elle ne sera qu'éphémère ou si le malade éprouve un accès de fièvre intermittente. Cependant, si le frisson est léger, ou s'il manque tout à fait; si la fièvre, au lieu de cesser après huit ou douze heures, comme cela a lieu le plus souvent pour les accès intermittents, se prolonge pendant dix-huit, vingt ou vingt-quatre heures; si elle s'est allumée sous l'influence d'une des causes que je vais bientôt énumérer, il est probable que la maladie ne sera qu'une fièvre éphémère.

Pronostic. — Le pronostic ne peut présenter aucune gravité.

Causes. — La fièvre éphémère affecte spécialement les enfants et les jeunes gens; elle survient ordinairement à la suite de vives émotions, après des fatigues corporelles; ou bien elle succède à l'impression du froid, à des écarts de régime, spécialement à des excès de liqueurs stimulantes.

Le développement rapide du corps à l'époque de la puberté est, comme nous l'avons déjà dit, une cause fréquente de fièvre éphémère. Chaque époque menstruelle réveille aussi chez quelques femmes le même accident. L'appareil fébrile qui accompagne l'établissement de la sécrétion du lait chez les nouvelles accouchées peut encore être regardé à juste titre comme une forme de fièvre éphémère. Cependant la plupart des causes que je viens d'énumérer, au lieu d'exciter une pyrexie, n'ont souvent d'autre effet que de produire une courbature, c'est-à-dire une indisposition caractérisée par un état de malaise général, par des lassitudes et un dérangement dans la plupart des fonctions, sans mouvement fébrile. La courbature peut être quelquefois le prodrome de la fièvre éphémère.

Traitement. — Le repos au lit, l'abstinence de tout aliment, l'usage de boissons délayantes ou tempérantes, sont les seuls moyens qu'il suffit d'employer. S'il arrive que, pendant la convalescence, les malades restent faibles, si l'appétit ne revient pas, si les aliments déterminent de la pesanteur, si la langue est sale et le ventre météorisé, il conviendra de donner un éméto-cathartique ou un simple laxatif pour voir disparaître promptement ces accidents.

DE LA FIÈVRE INFLAMMATOIRE OU SYNOQUE.

SYNONYMIE. — Synoque simple; *synochus imputris*; fièvre ardente (Quarin); — continente inflammatoire (Selle); — sanguine (Sennert); — septénaire (Plater); — irritative (Hufeland); — angioténique (Pinel); angio-cardite (Bouillaud); — angio hémite (Piorry); — inflammatoire (Jos. Frank, Chomel, etc.).

On donne le nom de *fièvre inflammatoire* ou *synoque* à une fièvre continue qui ne se lie à aucune phlegmasie appréciable, qui ressemble beaucoup à la fièvre éphémère, et qui se termine sans convalescence vers la fin du premier septénaire et rarement plus tard.

Nécroscopie. — Je viens de dire que la fièvre inflammatoire ne s'accompagnait d'aucune lésion appréciable dans nos organes. M. Bouillaud a cependant prétendu, après Jos. Frank, que cette pyrexie consistait essentiellement en une inflammation du cœur et des gros vaisseaux. Mais cette opinion ne s'appuie que sur des faits incomplets ou mal interprétés, aussi n'a-t-elle jamais été adoptée par personne. On aura, en effet, regardé comme étant de nature inflammatoire des rougeurs formées après la mort, et produites seulement par l'imbibition des tissus. L'histoire anatomique de la fièvre synoque, telle qu'on la trouve encore dans la Nosographie de M. Bouillaud, n'est donc à vrai dire qu'un roman.

Symptômes. — La fièvre inflammatoire se développe le plus souvent tout à coup au milieu de la santé, mais parfois elle est précédée pendant un ou plusieurs jours, et quelquefois pendant une ou plusieurs semaines, par de la céphalalgie, par des vertiges, par des tintements d'oreilles, par des éblouissements, de la somnolence et un état de torpeur, par la perte d'appétit et par les accidents qui accompagnent la pléthore.

Le début de la fièvre est quelquefois indiqué par un frisson, lequel est généralement léger et de courte durée. La chaleur qui lui succède n'est

jamais mordicante, mais elle est toujours assez douce et halitueuse; le pouls est plus fréquent, et remarquable par sa dureté et par son ampleur; la face est animée; les yeux sont rouges et larmoyants; cependant les traits du visage conservent leur expression, il n'y a pas de stupeur, les malades répondent aux questions qu'on leur adresse avec leur vivacité ordinaire. Les forces ne sont point prostrées; toute la peau offre une couleur rosée; les veines qui rampent au-dessous d'elle sont tendues et plus saillantes; tout le corps semble augmenté de volume. Cet état d'intumescence est surtout remarquable à la face, aux paupières et aux mains. Le malade est fatigué; il se plaint de céphalalgie et de douleurs contusives dans les membres et dans les lombes; il est assoupi ou tourmenté par une insomnie complète; sa respiration est un peu accélérée; l'appétit est nul, la soif vive, la langue blanche, la bouche pâteuse; il y a de la constipation; les urines sont rares, très acides et foncées en couleur. Le sang qu'on retire par la phlébotomie se concrète en un caillot dense, le plus souvent dépourvu de couenne à sa surface. MM. Andral et Gavarret l'ayant analysé dans un cas, ont trouvé que la proportion de fibrine n'avait pas augmenté, tandis que le nombre des globules était devenu beaucoup plus considérable. Mais ce fait, encore unique dans la science, a besoin d'être vérifié par de nouvelles observations.

Marche, durée, terminaison. — La fièvre inflammatoire a une marche continue sans paroxysmes évidents : cependant on observe parfois un peu d'exacerbation le soir et pendant la nuit, ainsi que cela a communément lieu dans la plupart des maladies aiguës. En général la fièvre accroît d'intensité pendant deux ou trois jours; puis, après être restée stationnaire pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, elle diminue et s'éteint peu à peu; mais il est quelques malades chez lesquels la fièvre est brusquement arrêtée dans sa marche ascendante par l'apparition de quelque crise, spécialement par une hémorrhagie. Si le sujet est jeune, le flux sanguin se fait communément par le nez; chez les individus plus âgés, le sang est exhalé par les vaisseaux hémorrhoïdaux; enfin, chez la femme, l'effort hémorrhagique a lieu préférablement du côté des organes génitaux. La fièvre inflammatoire peut aussi se juger par des sueurs, par des selles copieuses, ou par des urines sédimenteuses; mais ces dernières crises semblent être moins fréquentes ici que dans la fièvre éphémère. La fièvre inflammatoire peut se terminer aussi sans qu'on observe de phénomène critique; ce cas est peut-être même le plus commun de tous. Les anciens admettaient que la fièvre dont nous parlons pouvait dégénérer en fièvre grave; c'est là une question qui ne nous paraît pas encore démontrée. Nous sommes au contraire porté à penser que la synoque se termine toujours favorablement; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que les malades se rétablissent avec une rapidité surprenante, ils n'ont pas, à proprement parler, de convalescence.

Lorsque la fièvre inflammatoire est simple, sa durée est courte; elle se prolonge rarement au-delà de cinq à sept jours, c'est tout à fait exceptionnellement qu'on la voit atteindre les onzième ou douzième jours. C'est

surtout lorsque la fièvre dépasse le premier septénaire qu'on doit rechercher avec le plus grand soin si la maladie ne serait pas une fièvre typhoïde revêtant la forme inflammatoire, méprise qui a été très souvent commise par les médecins des derniers siècles, et même par beaucoup de nos contemporains. Ou bien encore on recherchera si le mouvement fébrile n'est pas entretenu par une phlegmasie latente développée consécutivement; car, ainsi que nous l'avons établi précédemment, la fièvre est par elle-même la cause d'une foule d'altérations secondaires. Un mouvement fébrile, avons-nous dit, peut naître et persister plusieurs jours, indépendamment de tout travail inflammatoire local; mais, pour peu qu'il se prolonge, on pourra voir apparaître diverses phlegmasies, suivant les prédispositions organiques des sujets. On comprend par là de quelle importance il est d'explorer tous les jours les principaux organes. C'est, en effet, dans ces phlegmasies consécutives que réside tout le danger de la maladie; car la fièvre inflammatoire, dénuée de toute complication, n'est jamais suivie, comme je l'ai dit déjà, d'une terminaison fâcheuse.

Diagnostic. — Pour établir le diagnostic différentiel, on recherchera si le mouvement fébrile qu'on observe est essentiel, ou s'il se rattache à quelque phlegmasie locale. On distinguera la fièvre inflammatoire de celle qui précède l'éruption de la variole, de la rougeole et de la scarlatine, en ce que, dans les prodromes de ces exanthèmes, indépendamment de la fièvre, il est quelques autres signes spéciaux que nous ferons connaître plus tard à l'occasion de chacune de ces maladies. On verra aussi plus bas en quoi la fièvre angioténique franche diffère de la forme inflammatoire de la fièvre typhoïde. Disons pourtant par anticipation qu'on observe rarement dans la synoque la céphalalgie vive et les épistaxis qui marquent le début de la plupart des fièvres typhoïdes, qu'il n'y a point dans la première cette prostration des forces, cette stupeur, ces troubles du côté de l'intelligence et des sens, cette chaleur vive, ces râles dans la poitrine, cette sécheresse et ces enduits bruns de la langue et des dents, cette intumescence de la rate, ce météorisme, ce gargouillement de la fosse iliaque, cette diarrhée, ces taches rosées qu'on observe dans les cas où les plaques de Peyer sont malades.

Pronostic. — La fièvre inflammatoire est une maladie bénigne qui a toujours une heureuse issue.

Causes. — La fièvre inflammatoire attaque de préférence les hommes jeunes, vigoureux, d'un tempérament sanguin, qui usent d'une nourriture succulente, et qui vivent dans la mollesse et l'inaction : en un mot, elle a à peu près les mêmes causes que la pléthore. Elle débute souvent à l'occasion d'un excès de table ou d'une fatigue, ou après la suppression brusque d'une hémorrhagie constitutionnelle. On l'a vue quelquefois régner épidémiquement, surtout dans les lieux secs et élevés, et pendant la saison du printemps.

Traitement. — La plupart des fièvres inflammatoires simples cèdent au repos, à la diète et à l'usage des boissons délayantes : cependant il est quelquefois utile et parfois même indispensable de tirer du sang. On préférera la

phlébotomie à l'application de sangsues, à moins qu'on ne veuille rappeler une hémorrhagie supprimée. Il est quelques uns des symptômes qui réclament des moyens particuliers : ainsi on calmera souvent la céphalalgie par la position demi-assise, en faisant respirer au malade un air frais, en lui appliquant sur le front des compresses trempées dans l'oxycrat froid ; enfin on donnera dans le même but un ou deux pédiluves sinapisés. La constipation cède en général à l'usage des lavements simples ; s'ils étaient insuffisants, on aurait recours à l'administration de quelque laxatif doux. Si la fièvre inflammatoire était consécutive à la suppression d'une hémorrhagie constitutionnelle, on tâcherait de la rappeler, ou on y suppléerait par une émission sanguine. Si enfin la fièvre survient chez une jeune fille non encore menstruée, et chez laquelle pourtant la présence de douleurs dans les lombes, les aines et l'hypogastre, annonce l'existence d'un travail hémorrhagique, on favorisera celui-ci par l'application de sangsues à la vulve, par des lavements d'armoise chauds, par des fumigations vers les parties sexuelles et en recouvrant celles-ci de cataplasmes chauds.

D'après l'énumération que j'ai faite des causes qui produisent la fièvre inflammatoire, il est inutile que je dise ici quel doit en être le traitement prophylactique.

Nature. — On a beaucoup discuté sur la nature de la fièvre inflammatoire; mais cette nature nous est inconnue. Nous avons prouvé contre l'école physiologique que la maladie ne se rattachait à aucune phlegmasie locale. En trouverait-on la raison dans quelque condition du sang, comme Boerhaave, Baumes et beaucoup d'autres l'ont supposé? C'est ce que nous ignorons. Ajoutons cependant que l'expérience chimique faite par MM. Andral et Gavarret, et que nous avons rapportée plus haut, semblerait favorable à cette manière de voir.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

SYNONYMIE. — Phrénitis (Grecs et Latins). Fièvre pestilente, maligne, putride, bilieuse, muqueuse ou grave (de la plupart des auteurs); — lente, nerveuse (Willis et Huxham); — adynamique et ataxique (Pinel). Entéro-mésentérique (Petit et Serres). Dothinenterie (Bretonneau). Gastro-entérite (Broussais). Fièvre ou affection typhoïde (Louis, Chomel, Andral). Entérite folliculeuse (Cruveilhier, Forget). Entéro-mésentérite typhoïde (Bouillaud). Entérite septicémique (Piorry).

Définition. — La fièvre ou affection typhoïde est une maladie aiguë, anatomiquement caractérisée par le gonflement et une altération spéciale des follicules intestinaux, ainsi que par l'augmentation de volume, l'injection, le ramollissement, et parfois même la suppuration des ganglions mésentériques correspondants. Ces lésions s'accompagnent généralement pendant la vie d'une fièvre intense, de dévoiement, de météorisme, de sensibilité et de gargouillement dans la fosse iliaque droite, de délire, d'un état de stupeur et de prostration, et de l'éruption sur la peau de taches rosées, lenticulaires, et de sudamina.

Parmi tous les noms qui ont été donnés à l'affection que nous allons décrire, nous préférons ceux de fièvre ou d'affection typhoïde, comme ayant l'avantage de ne rien préjuger sur la nature de la maladie.

Historique et bibliographie. — Nul doute que la fièvre typhoïde n'ait existé de tout temps ; c'est ce dont on peut se convaincre en lisant les nombreuses descriptions que les auteurs les plus anciens nous ont laissées sur les fièvres graves. Étrangers aux recherches d'anatomie pathologique, ne s'en rapportant qu'à l'état symptomatique, c'est-à-dire aux phénomènes extérieurs, pour caractériser les maladies, ils ont souvent confondu sous la même dénomination des affections essentiellement distinctes quant à leur siége et à leur nature ; d'autres fois, d'une même maladie, ils ont créé autant de maladies spéciales que les caractères extérieurs pouvaient revêtir de physionomies diverses. C'est ce qu'on remarque en particulier pour la fièvre typhoïde, qui était appelée inflammatoire, maligne ou putride par les uns, bilieuse ou muqueuse par les autres, suivant la prédominance de tel ou tel appareil de symptômes, et sans que la lésion locale fût différente. Mais les médecins dont je parle n'avaient pas su la découvrir. Si de temps en temps quelques uns d'entre eux, tels que Baillou et Baglivi, ont essayé timidement de localiser les fièvres essentielles; si plusieurs autres ont trouvé des altérations de nature inflammatoire dans les intestins des sujets qui succombaient à ces maladies, il ne faudrait pas s'autoriser de ces vagues indications pour faire remonter la connaissance des lésions propres à la fièvre typhoïde, je ne dirai pas aux temps les plus reculés, mais même à une époque assez voisine de nous. Toutefois, Chirac avait positivement annoncé, il y a déjà plus d'un siècle, que, dans toutes les fièvres malignes, la muqueuse gastro-intestinale était, ainsi que le sang, profondément altérée ; il donna même ces altérations comme le caractère anatomique de la maladie. Cependant Chirac ne fit point de prosélytes, parce que, bien qu'ayant énoncé des propositions exactes, il n'avait pourtant pas su les démontrer et convaincre. Il en a été de même de Baglivi, de Spigel, de Stoll et de beaucoup d'autres, qui tous observèrent des lésions intestinales. Ces renseignements étaient d'ailleurs tellement incomplets qu'ils passèrent, pour la plupart, tout à fait inaperçus. Le livre de Rœderer et de Wagler, qui, d'après nous, ne mérite pas la réputation qu'on lui a faite, et dans lequel sont mentionnées quelques unes des lésions intestinales de la fièvre typhoïde, ne modifia pas non plus les idées généralement reçues ; car les auteurs crurent voir une maladie spéciale, distincte des autres fièvres continues. Il en fut de même de MM. Petit et Serres, qui, en 1813, tracèrent, pour la première fois, avec exactitude le caractère anatomique de la maladie, qui, sous le nom de fièvre *entéro-mésentérique*, prit place dans le cadre nosologique, sans rien changer aux doctrines pyrétologiques de l'école de Pinel. Sous ce rapport, Petit et Serres furent bien inférieurs à Prost, qui, neuf ans auparavant, avait proclamé la constance des altérations intestinales chez tous les sujets succombant aux fièvres graves (muqueuses, gastriques, adynamiques, ataxiques) ; mais cette idée lumineuse ne fit aucune sensation, et l'ouvrage de Prost presque mort-né fut de suite oublié (1).

(1) *La médecine éclairée par l'observation et par l'ouverture des corps.* Paris, 1804.

Heureusement, en 1829, M. Louis retrouva et agrandit la même proposition, et dans l'immortel traité qu'il publia à cette époque, il retraça non seulement avec une exactitude que nul n'a surpassée les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde, mais il eut surtout le mérite de réduire à cette unité presque toute la pyrétologie, en démontrant l'identité de presque toutes les formes de fièvres essentielles admises jusqu'à lui, et en prouvant que ces fièvres avaient dans l'intestin une lésion que cet auteur croit constante. Les résultats de M. Louis ont été vérifiés, dans tous les pays, par un nombre immense de médecins, et acceptés partout comme des vérités incontestables; car M. Louis les avait établis en s'aidant de cette méthode rigoureuse d'observation, dite méthode analytique et numérique, que ce médecin a pour ainsi dire créée, et dont ses recherches sur la fièvre typhoïde peuvent être considérées comme étant la plus belle application.

La fièvre typhoïde a été l'objet d'une foule de travaux importants. J'ai déjà cité les ouvrages de Petit et Serres, et celui de M. Louis; je dois mentionner aussi d'une manière spéciale les recherches de M. Andral, dans le tome Ier de sa *Clinique;* celles de M. Bretonneau, publiées par plusieurs de ses élèves et notamment par M. Trousseau, qui donnèrent une description exacte des lésions anatomiques et les suivirent dans leurs phases successives (*Archives*, année 1826). Chacun connaît les leçons cliniques de M. le professeur Chomel, rédigées par un médecin habile, M. Genest. Dans cet ouvrage, qui a pris un rang si distingué dans notre littérature, l'histoire générale de la fièvre typhoïde est tracée d'une manière parfaite, et on y trouve vérifiées et confirmées la plupart des idées émises par M. Louis. Un autre ouvrage non moins important est celui du professeur Forget de Strasbourg, qui a enrichi notre littérature d'un excellent livre, savamment et judicieusement écrit. Nous mentionnerons encore les recherches thérapeutiques de MM. Delarroque, Beau et Piédagnel. Enfin, la fièvre typhoïde, étudiée d'abord exclusivement chez l'adulte, l'a été aussi depuis quelques années chez les enfants, ce qui nous a valu plusieurs travaux, dont les plus importants sont: celui de M. Taupin, inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (années 1839 et 1840); celui de M. Audiganne, dans la *Gazette* de 1841, ainsi que les recherches plus récentes de MM. Barrier, Rilliet et Barthez.

Anatomie pathologique. — Parmi les lésions qu'on découvre à l'ouverture des cadavres des sujets morts de fièvre typhoïde, il en est quelques unes qui existent dans presque tous les cas, et qui, en raison de cette circonstance, forment le caractère anatomique de la maladie. Il en est d'autres, au contraire, qui, ne se rencontrant que chez un certain nombre de sujets, sont par conséquent moins nécessairement liées à la fièvre typhoïde et par cela même beaucoup moins caractéristiques.

Les lésions anatomiques qui sont constantes ou du moins presque constantes occupent les follicules intestinaux, les ganglions mésentériques et la rate.

1° *Lésions des follicules intestinaux.* — L'altération des follicules in-

testinaux varie suivant l'époque à laquelle les malades ont succombé. Il est impossible de déterminer le moment précis où cette altération commence, car il est rare de voir les malades périr avant la fin du premier septénaire. J'ai pourtant examiné avec M. Chomel le cadavre d'un individu mort à la fin du cinquième jour de la maladie; or voici quel est l'état de l'intestin chez les individus qui sont emportés du cinquième au huitième jour, à dater du début des premiers accidents.

A l'extérieur de l'intestin, on aperçoit souvent des plaques ou des points rouges, bleus, noirs, parfois recouverts de fausses membranes, et correspondant aux follicules malades. Si on presse l'intestin entre deux doigts, on sent dans le même point des duretés et des inégalités. Si on examine la face interne de l'organe après l'avoir incisé le long de l'insertion du mésentère, on aperçoit deux ordres de tumeurs qui toutes sont formées par le développement des follicules. Les unes, coniques et arrondies, ressemblent par leur forme et leur volume à de grosses pustules; elles sont disséminées dans tout le pourtour de l'intestin et occupent les follicules de Brunner. Les autres, beaucoup plus volumineuses que les précédentes, siégent dans les plaques de Peyer; elles n'existent que sur le bord convexe de l'intestin, à l'opposite de l'insertion du mésentère, elles ont de 3 à 9 centimètres de long sur 2 ou 3 de large; parfois, exactement arrondies, elles font dans l'intestin une saillie de 1 à 9 millimètres. Ces plaques sont tantôt pâles, tantôt elles sont d'un blanc mat ou rosé, assez généralement elles ont une coloration qui diffère de celle de la muqueuse voisine. L'altération peut exister dans l'espace de 7 à 26 décimètres (Louis); elle se présente sous deux formes distinctes et faciles à reconnaître.

Première forme, ou plaques molles de M. Louis. — Elles ont peu de saillie, elles offrent peu de résistance au toucher; leur surface est presque lisse, ou bien elle est grenue et comme mamelonnée. Si on les incise, on reconnaît que la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent sont humides, injectés et épaissis, et que c'est à ce double épaississement qu'il faut rapporter la saillie de la plaque. Dans quelques cas, les tumeurs dont je parle ont l'aspect d'un réseau à mailles régulières. Leur tissu ressemble assez au parenchyme de la cerise ou de la prune; la membrane muqueuse qui les revêt est plus ou moins ramollie et se détache par le plus léger frottement. M. Chomel a donné à ces plaques le nom de *plaques réticulées;* elles ne constituent qu'une variété des plaques molles.

Deuxième forme. Plaques gaufrées, ou plaques dures de M. Louis. — Ces plaques forment une saillie plus considérable que les précédentes; elles sont dures et offrent au toucher une résistance élastique. Si on les incise dans toute leur épaisseur, on reconnaît que le tissu cellulaire sous-muqueux, au lieu d'être simplement enflammé ou hypertrophié comme dans la première variété, se trouve ici transformé dans toute ou presque toute la longueur de la plaque en une matière homogène, d'un blanc jaunâtre, ferme, cassante, friable, lisse, brillante à la coupe, et ayant de 4 à 7 millimètres d'épaisseur. La muqueuse offre les mêmes altérations que dans les plaques molles. Les plaques dures se rencontrent sur le tiers à peu près des

individus qui succombent, et elles constituent une lésion plus grave que les plaques molles. Les follicules de Brunner présentent les mêmes altérations que les glandes de Peyer; il y a seulement cette différence que, dans les premiers, la matière jaune élastique, lorsqu'elle existe, a la forme d'un cône.

Il arrive fréquemment qu'on rencontre des plaques elliptiques formant peu de relief, sans dureté aucune, mais remarquables à leur surface par un piqueté bleu tout à fait comparable à celui d'une *barbe récemment faite.* Ce pointillé noir est regardé par quelques auteurs, et en particulier par le savant professeur Forget, comme un état pathologique, comme une forme de l'altération typhoïde; mais des faits nombreux nous ont appris que cette disposition ne constituait qu'une variété anatomique des plaques, et qu'on l'observait indistinctement chez les sujets emportés par toute espèce de maladie aiguë ou chronique.

Ulcérations. — C'est du neuvième au douzième jour qu'on commence à observer l'ulcération des follicules malades. On a rencontré pourtant cette lésion à une époque plus rapprochée du début. M. Boudet, par exemple, l'a vue une fois au sixième jour. Mais les faits de ce genre sont extrêmement rares. L'ulcération folliculaire se forme de deux manières différentes: tantôt elle commence par la muqueuse et s'étend consécutivement à la plaque, qu'elle détruit peu à peu; d'autres fois, au contraire, un travail de ramollissement ou de gangrène frappe d'abord la matière jaune de la plaque, et s'étend *consécutivement* à la membrane muqueuse qui se détache par lambeaux avec la substance de la plaque. Dans quelques cas, la mortification des follicules est tellement prompte, le travail d'élimination est tellement rapide, que la membrane muqueuse qui les recouvre reste intacte tantôt en totalité, le plus souvent partiellement, et forme alors des brides qui retiennent plus ou moins longtemps la matière jaune ou les escarres prêtes à se détacher. Les deux modes d'ulcération que je viens d'indiquer peuvent se rencontrer sur le même individu, et sont communs aux deux ordres de follicules.

Les ulcérations qui succèdent à la destruction des follicules varient beaucoup entre elles. Celles qui siègent sur les plaques de Peyer sont ovalaires ou elliptiques, et peuvent avoir de 7 à 9 centimètres de longueur; celles, au contraire, qui sont formées aux dépens des follicules isolés sont beaucoup plus petites; elles sont circulaires, et semblent souvent avoir été produites par un emporte-pièce. En général, elles représentent exactement la forme des follicules qu'elles ont détruits; quelquefois pourtant elles en diffèrent, ce qui fait supposer que le travail ulcératif s'est propagé au-delà des limites du follicule. Il est des ulcérations dont les bords sont durs, épais et saillants; dans d'autres, ils sont extrêmement amincis; la muqueuse est tantôt décollée dans tout leur pourtour et à une distance de 5 ou 7 millimètres; tantôt, au contraire, les bords sont adhérents. Le fond de l'ulcère, rouge, brunâtre ou d'un gris ardoisé, est plus ou moins granuleux ou lisse. On y distingue souvent la tunique musculeuse hypertrophiée; d'autres fois, celle-ci ayant été détruite, le fond de l'ulcère n'est formé que par le péritoine. Enfin sur un certain nombre de sujets qui

succombent, on trouve le péritoine lui-même perforé, soit par l'extension à cette membrane du travail ulcératif, soit par suite de la formation et de la chute d'une escarre. Dans l'un et l'autre cas, il y a des matières stercorales épanchées dans le ventre, et on constate les altérations caractéristiques d'une péritonite partielle ou générale. Ces perforations intestinales correspondent en général à une petite ulcération; elles sont simples ou multiples; elles ont rarement plus de 7 millimètres de diamètre, elles siègent communément dans les 3 ou 4 derniers décimètres de l'intestin grêle, se forment presque toujours du douzième au quarantième jour de la maladie, et se rencontrent peut-être plus souvent dans les cas où les plaques altérées sont peu nombreuses que lorsqu'on en compte beaucoup, comme si l'affection gagnait alors en profondeur ce qu'elle perd en étendue.

Le nombre des plaques malades varie de 1 à 30 ou 40. En général, on trouve chez le même sujet la plupart des altérations que je viens de décrire. L'examen cadavérique a démontré que les plaques les plus voisines de la valvule iléo-cœcale sont celles qui s'affectent les premières : aussi est-ce dans ces points qu'on rencontre les altérations les plus graves et les plus avancées; en remontant du cœcum vers le duodénum, les lésions diminuent progressivement de gravité. L'altération des follicules isolés n'existe en général que dans les deux derniers pieds de l'intestin grêle.

Lorsqu'on examine l'intestin grêle des sujets qui ont succombé après six semaines ou deux mois de maladie, on trouve les bords des ulcérations affaissés et amincis; le fond est gris ardoisé, déprimé, brillant, poli, revêtu d'une pellicule mince, lisse, *sans villosités*, et d'aspect séreux : c'est une véritable cicatrice. Mais, au bout de quelques mois, ce tissu de nouvelle formation a subi tout à fait la transformation muqueuse, et ne peut plus être distinguée des parties voisines. Les plaques qui n'ont point été ulcérées se sont affaissées ; elles sont d'un gris bleuâtre et assez consistantes, parfois froncées et comme ratatinées. Suivant M. Chomel, les plaques dures seraient seules susceptibles de résolution. Nous croyons pourtant que les plaques molles présentent ce mode de terminaison plus fréquemment peut-être, à l'exception cependant de la variété que nous avons appelée *réticulée*, et dans laquelle il semble qu'il y ait déjà destruction de tissu.

Les matières contenues dans l'intestin grêle sont presque toujours fluides, jaunâtres, parfois mêlées de sang. On peut y trouver aussi divers entozoaires, tels que des lombrics et des tricocéphales. Ces derniers, qui habitent le cœcum, se sont rencontrés chez tous ceux qui succombèrent dans l'épidémie de Gœttingue. M. Chomel croit aussi qu'on les trouve assez fréquemment à Paris; mais cela n'a guère lieu que dans le cours de certaines constitutions médicales.

2° *Ganglions mésentériques.* — Les ganglions mésentériques sont presque toujours malades dans la fièvre typhoïde. L'affection ganglionnaire varie suivant l'époque à laquelle les malades ont succombé : ainsi, du cinquième au quinzième jour, on trouve les ganglions plus volumineux (gros comme une aveline) : ils sont d'un rose tendre ou d'un rouge foncé, ramollis et friables. Du quinzième au vingtième jour, cette altération est encore plus

marquée, et il n'est pas rare alors, lorsqu'on incise ces organes, de trouver des points jaunâtres de suppuration disséminés dans leur tissu ; mais il n'arrive presque jamais de voir le pus réuni en foyer ; M. Louis n'en cite qu'un seul exemple. Du vingtième au trentième jour, les ganglions diminuent de volume ; ils prennent une teinte brunâtre ou violacée ; enfin, après le trentième jour, ils deviennent grisâtres, ardoisés, et acquièrent plus de consistance. L'altération des ganglions est presque toujours en rapport avec celle de l'intestin grêle : c'est ce qui explique pourquoi les ganglions les plus malades sont ceux qui sont les plus voisins du cœcum.

Les ganglions mésocoliques peuvent être altérés ; mais ils le sont beaucoup moins que les ganglions mésentériques. Les premiers, en effet, n'ont été trouvés malades que chez les trois quarts des sujets environ, et dans tous les cas leur altération de volume, de consistance et de couleur, était beaucoup moindre que celle des ganglions du mésentère, qu'on trouve, avons-nous dit, toujours ou presque toujours malades.

3° *Rate.* — Chez la plupart des sujets emportés du cinquième au vingtième ou vingt-cinquième jour de la fièvre typhoïde, on trouve la rate doublée, triplée ou quadruplée de volume. En même temps son tissu, couleur lie de vin foncé, est ramollie, et parfois même il suffit de la plus légère pression pour le réduire en bouillie. Nous rencontrerons ces lésions de la rate dans quelques autres maladies fébriles ; mais, si on en excepte peut-être les fièvres pernicieuses, on ne les trouve nulle part ni aussi fréquentes ni aussi marquées que dans la dothinenterie.

Les lésions qu'il nous reste à étudier maintenant sont toutes celles qui, appartenant moins spécialement à la maladie, ne se rencontrent que dans un certain nombre de cas : aussi n'ont-elles point la valeur des précédentes.

1° *Organes digestifs.* — Le pharynx et l'œsophage n'offrent rien autre à noter que quelques fausses membranes ou une infiltration purulente du tissu sous-muqueux, ainsi que quelques petites ulcérations superficielles peu nombreuses qu'on rencontre dans le sixième des cas, à la partie inférieure de ces deux conduits (Louis). Ces ulcérations sont plus rares dans l'estomac (un douzième), dont la membrane muqueuse est plus ou moins ramollie et amincie chez la cinquième partie des sujets (Louis). La membrane muqueuse de l'intestin grêle est souvent intacte dans l'intervalle des plaques malades. Cependant, dans les trois ou quatre cinquièmes des cas environ, on la trouve plus ou moins injectée et ramollie, surtout chez les individus qui succombent dans les deux premiers septénaires. Chez ceux, au contraire, qui sont emportés après le vingtième jour, la muqueuse dont nous parlons offre une bonne consistance ; elle présente seulement une coloration grise ou ardoisée, suite probable de l'injection qui a existé à une période moins avancée. Chez la plupart des individus emportés par la fièvre typhoïde, on rencontre aussi quelques lésions dans le gros intestin : c'est ainsi que, dans les trois quarts des cas, M. Louis note un ramollissement de la muqueuse du cœcum et du colon, avec ou sans injection et épaississement. Sur un cinquième des cadavres existent encore des cryptes isolés, lenticulaires, les uns aplatis et blanchâtres, les

autres rouges, ulcérés. Les ulcérations du gros intestin ne siègent pas exclusivement sur les follicules ; mais un grand nombre existent dans l'intervalle de ceux-ci et sont uniquement formées par l'érosion de la muqueuse. Ces ulcères sont rarement cicatrisés, même lorsque les malades succombent à une époque éloignée ; ce qui prouve qu'ils se développent longtemps après ceux de l'intestin grêle. Pour terminer, nous dirons que MM. Chomel et Genest ont parfois rencontré une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-muqueux chez des sujets qui avaient eu une hémorrhagie intestinale dans les derniers jours de la vie. Je n'ai pas encore constaté moi-même cette altération dans les cas semblables, quoique je l'aie recherchée un grand nombre de fois. Tout ce que j'ai vu, c'est une imbibition partielle ou générale des membranes lorsque le sang exhalé dans les derniers temps de la vie a été retenu dans l'intestin. On comprend que ce n'est là qu'un phénomène purement cadavérique.

2° *Foie.* — Le foie n'offre rien à noter, si ce n'est un certain degré de ramollissement chez la moitié des sujets. La bile est généralement très fluide.

3° Les *organes génito-urinaires* sont presque toujours sains, à part un peu de ramollissement du tissu rénal. Cependant, dans quelques constitutions épidémiques, on a trouvé quelquefois des altérations plus ou moins graves de la vessie, le plus souvent de nature gangréneuse, ainsi que cela résulte d'un travail de M. Cossy, inséré dans les *Archives* de 1843.

4° *Organes respiratoires.* — Les poumons sont plus ou moins altérés dans la grande majorité des cas (dans les deux tiers environ) ; ils sont parfois seulement engoués, ou bien on y remarque les lésions caractéristiques de la pneumonie au premier ou au deuxième degré. L'induration envahit tantôt un ou plusieurs lobes uniformément ; d'autres fois elle est disséminée sous forme de noyaux (pneumonie lobulaire) ; mais la lésion la plus commune est celle que nous étudierons plus tard (article *Pneumonie*) sous le nom de *splénisation.* Quelques personnes l'ont regardée comme spéciale à la fièvre typhoïde ; mais c'est à tort, car on la rencontre presque dans la même proportion chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës. M. Bazin, qui a étudié avec soin, dans sa thèse (1834), les lésions que la fièvre typhoïde produit dans les poumons, a signalé aussi la formation, dans ces organes, de noyaux apoplectiques, que nous avons, en effet, rencontrés plusieurs fois nous-même. Indépendamment des lésions pulmonaires dont nous venons de parler, M. Louis a rencontré aussi quelquefois des ulcérations à l'épiglotte et au larynx ; mais celles-ci sont moins fréquentes que celles que nous avons notées dans le pharynx et dans l'œsophage.

5° *Organes circulatoires.* — Chez beaucoup de sujets (au moins la moitié), on trouve le cœur plus ou moins ramolli et décoloré, surtout lorsque la mort a lieu à une époque peu éloignée du début. Ces altérations d'ailleurs ne se remarquent pas dans les muscles de la vie de relation, qui conservent leur couleur et leur consistance normales. Si la surface interne du cœur et des gros vaisseaux est souvent colorée en rouge foncé, il faut

l'attribuer, non pas à l'inflammation, mais à une simple imbibition cadavérique qui se produit ici d'autant plus aisément que le sang est dans un grand nombre de cas tout à fait fluide, ou réuni en cailiots noirâtres et mous.

6° *Centres nerveux.* — Les centres nerveux sont rarement affectés d'une manière profonde. On ne note le plus souvent qu'un peu de piqueté et une diminution de consistance du cerveau ; enfin il y a communément une infiltration sous-arachnoïdienne dont l'abondance est généralement en rapport avec la longueur de l'agonie. Ces résultats ne sont guère d'accord avec ce qu'on dit dans quelques pays d'outre-Rhin ; à Berlin, par exemple, le docteur Grossheim prétend que la fièvre typhoïde se complique toujours d'une inflammation de la moelle, altération à laquelle les auteurs allemands rapportent une foule d'accidents de la maladie, tels que l'abattement, la faiblesse, les évacuations involontaires, etc. ; mais cette opinion n'a aucune espèce de fondement.

État du sang pendant la vie. — Les médecins humoristes admettaient pour la plupart que le sang était profondément altéré dans la fièvre typhoïde; mais les recherches des auteurs modernes, celles surtout, si nombreuses et si exactes, qui ont été faites par MM. Andral, Louis, Chomel, Genest et Forget, ont prouvé depuis longtemps que nous ne connaissons encore aucune altération du sang qui soit spéciale à la fièvre typhoïde. Il est vrai que dans cette dernière affection le liquide n'offre pas, en général, l'aspect qu'il présente dans quelques autres maladies, comme la pneumonie, et surtout le rhumatisme. Dans la fièvre typhoïde, en effet, le caillot est moins dense; la couenne, quand elle se forme, est moins épaisse et moins consistante, et se lie peut-être toujours à une complication phlegmasique, comme tendent à le démontrer les recherches de MM. Andral et Gavarret. Mais l'absence des caractères franchement inflammatoires ne présente rien de caractéristique, et qu'on ne retrouve en même temps au même degré et aussi fréquemment dans plusieurs autres états morbides. Nous dirons même que la diffluence du sang, que son état caillebotté ou sirupeux, que M. Bouillaud (le seul peut-être aujourd'hui) regarde encore comme *caractéristique de la fièvre typhoïde, et ne pouvant être observé dans aucune autre maladie*, a été, au contraire, rencontré par tout le monde dans la plupart des affections que l'on traite par la saignée, et cela presque aussi souvent que dans la fièvre typhoïde elle-même. Ce que je dis ici s'applique à toutes les périodes de la maladie : ainsi il n'est pas exact de dire que dans le troisième degré le sang est toujours diffluent, puisque nous avons vu qu'il n'était pas tel sur tous les cadavres ; d'ailleurs, M. Forget, qui, comme M. Bouillaud, saigne à toutes les périodes de la maladie, a trouvé que sur vingt-huit saignées faites dans le troisième septénaire et au-delà, le sang n'avait été ramolli que dans un septième des cas. Non seulement l'altération *appréciable* du sang dans les différentes périodes de la fièvre typhoïde n'est pas le fait le plus général ; non seulement, lorsque cette altération existe, elle n'a rien de spécial ou de caractéristique, mais encore elle n'est

pas nécessairement proportionnée à la gravité des accidents, et n'est pas toujours en rapport avec les périodes de la maladie.

Je ne prétends pas dire cependant que le sang ne soit point altéré dans la fièvre typhoïde, mais je veux seulement établir que cette altération doit être recherchée ailleurs que dans les simples apparences extérieures : or, même en soumettant ce liquide aux expériences chimiques, ainsi que MM. Andral et Gavarret l'ont fait, on ne trouve autre chose que l'altération qui existe dans toutes les autres pyrexies, c'est-à-dire la conservation de la fibrine dans ses proportions normales, ou la diminution de ce principe. C'est à peu près ce que disent deux autres observateurs, MM. Becquerel et Rodier, qui concluent de leurs recherches que, dans les fièvres typhoïdes, le sang ne présente absolument aucun caractère tranché, positif, constant, et que sauf quelques cas exceptionnels où il y a peut-être diminution de la fibrine, toutes les modifications que l'on vient à constater dans ce liquide peuvent être engendrées et expliquées par des influences autres que celles de la maladie.

La diminution de la fibrine du sang coïncide toujours, comme nous l'avons déjà dit précédemment (page 15), avec l'apparition de symptômes graves. C'est alors aussi que le sang retiré de la veine se présente dans cet état de diffluence dont nous avons parlé. Le caillot est large, et son volume est en rapport inverse avec sa densité ; ce qui tient d'une part à ce qu'une portion du sérum n'a pu être exprimée, et de l'autre à une augmentation du nombre des globules, surtout dans les premiers temps de la maladie. Suivant M. Andral, ceux-ci, en effet, loin de diminuer, comme le fait la fibrine, peuvent être, au contraire, beaucoup plus abondants. Cette surabondance des globules n'est pas pourtant un caractère de la maladie, mais elle dépend de ce que la fièvre typhoïde atteint très fréquemment des individus qui, par leur âge et leur constitution, sont dans un état de pléthore plus ou moins considérable, état qui, comme nous le verrons plus tard, est surtout caractérisé par l'augmentation des globules du sang. Notons enfin que lorsque la fievre typhoïde se complique de quelque phlegmasie grave, telle qu'une pneumonie, la quantité de fibrine augmente, ainsi que cela a toujours lieu dans les inflammations; mais cette augmentation, comme nous le dirons plus tard (voir *Inflammation en général*, *état du sang*), est moins considérable que si la phlegmasie était primitive.

Les altérations dans la fièvre typhoïde diffèrent-elles suivant les âges? — Les résultats fournis par l'anatomie pathologique diffèrent peu chez l'adulte et dans le jeune âge. Il résulte, en effet, des recherches de MM. Rilliet, Barthez et Taupin, que chez l'enfant la fièvre typhoïde a les mêmes caractères anatomiques que chez l'adulte, et que chez l'un comme chez l'autre les lésions secondaires sont également fréquentes; il paraît seulement, d'après les deux premiers auteurs, que les ulcérations des follicules sont moins nombreuses, moins larges et moins profondes, et qu'elles se forment plus tardivement chez l'enfant que chez l'adulte; enfin, les tissus membraneux ont moins de tendance à s'ulcérer chez le premier que chez le second.

Valeur des altérations dans la fièvre typhoïde. — Dans les nombreuses altérations que nous venons d'énumérer, il en est deux, celle des plaques et celle des ganglions, qui, étant constantes ou presque constantes, forment le caractère anatomique de la fièvre typhoïde. La lésion des follicules isolés et agminés est surtout remarquable, en ce qu'on ne *la rencontre jamais avec les caractères que nous lui avons assignés dans aucune des maladies aiguës ou chroniques actuellement connues.* On a dit pourtant que dans la scarlatine, le choléra et la phthisie, les follicules présentaient des altérations analogues à celles de la fièvre typhoïde; mais, comme on le verra plus tard aux articles consacrés à ces maladies, la ressemblance est tellement grossière, qu'elle ne pourrait en imposer qu'aux personnes qui sont presque étrangères aux recherches d'anatomie pathologique. Ainsi la lésion des follicules intestinaux est propre à la fièvre typhoïde. Il n'en est pas de même de celle des ganglions mésentériques, qu'on a trouvés altérés au même degré dans la peste et dans la dysenterie, etc. Cependant nous dirons que, si la lésion des ganglions n'est pas aussi pathognomonique de la fièvre typhoïde que l'altération des plaques, elle n'en constitue pas moins un caractère anatomique précieux, en raison de sa constance dans presque tous les cas de fièvres graves. Il en est de même des altérations de la rate, qui, quoique ne se montrant point constamment ni exclusivement dans la maladie typhoïde, ne se retrouvent pourtant dans aucune autre affection ni aussi fréquentes ni aussi marquées. Les ulcérations que nous avons notées assez souvent du côté du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et de l'épiglotte, offrent encore jusqu'à un certain point quelque chose de propre à l'affection typhoïde, puisque M. Louis a prouvé que de pareilles lésions se rencontrent à peine dans le cours des autres maladies aiguës. Il n'y a guère, en effet, que la fièvre typhoïde dans laquelle les tissus membraneux aient une aussi grande tendance à s'ulcérer.

Quant au ramollissement du cœur, des parenchymes et des muqueuses, ce sont des lésions secondaires qu'on observe presque dans la même proportion chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës. Nous avons prouvé en outre, précédemment, qu'elles dépendent de l'appareil fébrile, et qu'elles sont proportionnées à sa durée et à son intensité.

Nature des altérations. — Parmi les lésions anatomiques que nous avons énumérées, il en est qui sont le résultat de l'inflammation; il en est d'autres qui en paraissent indépendantes. Au nombre des premières sont, sans contredit, l'altération des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques, les ulcérations de toutes les membranes muqueuses, les fausses membranes et les suppurations sous-muqueuses. Les altérations que je regarde comme indépendantes de tout travail inflammatoire sont: le ramollissement du foie, des reins, du cœur, du cerveau, et même celui de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, la rougeur du cœur et de l'aorte, ainsi que les diverses altérations dont la rate est le siége. Néanmoins je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, quoiqu'étant certainement de nature inflammatoire, les lésions caractéristiques de l'affection typhoïde, quand elles existent seules, n'ont pas le pouvoir de produire

dans le sang l'augmentation de fibrine que toutes les phlegmasies déterminent ; c'est là une exception fort remarquable.

Symptômes de la fièvre typhoïde : Invasion. — La fièvre typhoïde débute quelquefois brusquement au milieu des apparences de la santé la plus parfaite, mais chez le plus grand nombre des malades on observe différents phénomènes précurseurs. Ainsi, ces individus perdent l'appétit et les forces, ils deviennent tristes, abattus, peu aptes aux travaux intellectuels ou manuels; ils ont des inquiétudes dans les membres, ils éprouvent des frissons, et parfois un peu de diarrhée : cet état maladif peut persister de un à quinze jours. Cependant les phénomènes d'invasion apparaissent bientôt. Les plus constants sont une céphalalgie frontale vive, des frissons plus ou moins intenses et répétés, une faiblesse telle, que les malades sont obligés de cesser à l'instant tout travail; il faut encore joindre à ces symptômes des épistaxis, et surtout des coliques et la diarrhée, qu'on remarque dans la plupart des cas dès les vingt-quatre premières heures. Tels sont les phénomènes qui indiquent généralement l'invasion de la maladie. Bientôt de nouveaux accidents surviennent; mais, pour en suivre exactement le développement et la marche, il convient, à l'exemple de M. Chomel, de partager la maladie en trois périodes distinctes, ayant une durée variable, mais qui pour chacune d'elles peut cependant être évaluée à sept jours.

Première période. — Dans cette première période, les malades accusent une céphalalgie généralement vive, tensive, lancinante ou contusive; leur physionomie altérée exprime l'abattement ; leur intelligence est plus ou moins obtuse ; les réponses sont lentes, pénibles ; il y a parfois, dès le début, un peu de divagation dans les idées, ou même un délire complet, maniaque, avec une agitation extrême. Ce dernier cas néanmoins est assez rare. Les forces sont prostrées ; les malades sont le plus souvent couchés sur le dos et immobiles ; ils ne peuvent même se tenir debout sans être soutenus ; leur démarche est chancelante, inégale, et ressemble à celle des individus ivres. Ils se plaignent en même temps de vertiges, d'éblouissements, de tintements et de bourdonnements d'oreilles ; parfois l'ouïe est déjà moins parfaite. La plupart ont des épistaxis, en général peu abondantes, mais quelquefois assez graves pour nécessiter le tamponnement ; souvent il n'y a qu'un très léger suintement ; dans ce dernier cas, comme les malades restent dans leur lit et conservent habituellement la position horizontale, il s'ensuit que le sang s'écoule dans le pharynx, où il forme une couche ou des stries noirâtres, qu'on aperçoit aisément en faisant ouvrir largement la bouche ; tôt ou tard ces petits caillots sont rejetés par expectoration sous forme de crachats pelotonnés et noirâtres. Dans cette même période de la maladie, la bouche est pâteuse, amère ; la langue est blanchâtre, peu humide, elle colle aux doigts ; la soif est vive, l'appétit nul ; il y a souvent des nausées et des vomissements formés surtout de matières verdâtres amères. Le ventre, un peu plus sonore que d'habitude, est le siége de coliques ; la pression est souvent douloureuse à l'ombilic, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où, en pressant avec la paume de la

main, on détermine du gargouillement; il y a des selles liquides jaunâtres plus ou moins nombreuses. La rate est augmentée de volume, ce qu'on constate par la percussion de l'hypochondre gauche, qui donne un son mat dans une grande étendue; l'organe dépassant souvent le rebord costal, on peut le sentir à travers les parois abdominales. La peau est chaude et sèche; le thermomètre mis dans l'aisselle s'élève souvent à 40 ou 41° (Roger); le pouls donne généralement plus de 100 pulsations par minute; il est mou ou dépressible, mais souvent, au contraire, il est ample, résistant, dicrote. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare, ainsi que M. Beau l'a noté le premier, de trouver dans les carotides un bruit de souffle plus ou moins fort. A l'époque dont nous parlons il y a communément un peu de toux; les malades rejettent quelques crachats généralement grisâtres, qui se détachent difficilement, surtout en raison de leur extrême viscosité. Dans presque tous les cas, l'auscultation de la poitrine fait découvrir un râle sibilant et ronflant, inégalement disséminé ou bien existant des deux côtés et dans toute la hauteur des poumons, sans qu'on observe une dyspnée proportionnée à l'intensité et à l'étendue des bruits morbides. Il est commun aussi de noter en arrière, vers le tiers ou le quart inférieur, des râles muqueux et sous-crépitant, mêlés ou non aux rhuncus sibilants et sonores dont nous venons de parler. Le sommeil est nul, ou bien les malades sont assoupis et sont tourmentés par des visions et des rêves pénibles. Enfin, c'est souvent à la fin de cette première période que l'éruption typhoïde commence à se faire.

Cette éruption consiste dans l'apparition d'un nombre plus ou moins considérable de taches rosées de 1 à 5 millimètres de diamètre, arrondies, ne formant pas ou à peine de saillie, disparaissant par la pression, comme la rougeur de l'érythème, existant communément sur la peau du ventre, parfois sur celle de la poitrine, très rarement sur les membres. Plusieurs éruptions successives peuvent avoir lieu; chacune d'elles dure deux ou quatre jours; les taches pâlissent et disparaissent peu à peu sans laisser aucune trace. Je ne crois pas qu'on ait jamais noté l'éruption typhoïde avant le cinquième jour; elle a lieu communément du septième au douzième, et on ne l'a plus vue après le trente-cinquième. Ce symptôme manque assez rarement; quoiqu'on puisse l'observer dans le cours d'autres-maladies aiguës, il est néanmoins presque spécial à l'affection typhoïde.

Deuxième période. — A la fin du premier septénaire, la céphalalgie a diminué, ou même complétement cessé, mais tous les autres symptômes se sont aggravés, et de nouveaux accidents ont apparu, surtout du côté du système nerveux. Ainsi la stupeur est plus profonde, les traits sont immobiles, la prostration a augmenté, les malades sont devenus tout à fait sourds, les membres sont agités par des soubresauts, parfois même de véritables mouvements convulsifs ont lieu; il y a de la roideur et de la carphologie. Le délire, s'il n'existe déjà, se déclare alors : tantôt il est léger, n'ayant guère lieu que passagèrement, surtout pendant la nuit; tantôt, au contraire, il est continu; les malades sont alors, les uns calmes, les autres plus

ou moins agités et même furieux, ce qui force à les fixer dans leur lit avec la camisole; enfin beaucoup tombent promptement dans un état de somnolence et de coma vigil. Ces différents troubles du côté du système nerveux, qu'on nomme communément les symptômes ataxiques de la maladie, peuvent se rencontrer sur le même individu, et alternent souvent les uns avec les autres.

Dans cette seconde période de l'affection, la langue est tremblante et tout à fait sèche; elle est le plus souvent recouverte, ainsi que les lèvres et les dents, par un enduit d'abord gris, puis brun, puis noir et brillant, auquel on a donné le nom de *fuliginosités*. Beaucoup de personnes croient que cette matière est formée par du sang exhalé par la muqueuse buccale, mais elle l'est plutôt par la dessiccation de la salive et du mucus. Lorsque la langue est complétement recouverte par cet enduit, elle est petite, rapetissée, sèche et dure comme un morceau de liége ou de bois; sur sa face supérieure on voit des crevasses que quelques auteurs graves regardent comme étant des ulcérations; mais l'examen attentif de l'organe nous a convaincu depuis longtemps que ces fentes n'intéressent pas le tissu de la langue, mais seulement la couche concrète qui la tapisse.

Dans cette période, la soif est généralement moins vive; la déglutition des liquides est quelquefois difficile, tantôt à cause de la paralysie des muscles du pharynx et de l'œsophage, tantôt par suite de quelque altération de la gorge ou de l'épiglotte, ou bien à cause de l'aridité, de la sécheresse du pharynx, qui, à l'inspection, est rouge, lisse, très luisant, et recouvert de sang et de mucus desséchés. A cette même époque de la maladie, le météorisme a beaucoup augmenté: aussi la percussion donne-t-elle partout une résonnance considérable; la distension des intestins est parfois tellement grande que le diaphragme est refoulé vers la poitrine, ce qui gêne la respiration et augmente l'anxiété des malades. La diarrhée que nous avons notée dès le début persiste; parfois elle est même plus abondante, et les matières sont souvent rendues involontairement. Chez beaucoup de sujets aussi, la vessie, paralysée, se laisse distendre par l'urine. Ce liquide est rarement altéré; les urines bourbeuses, noires, fétides, que les anciens signalaient comme fréquentes, sont au contraire un accident fort rare. M. Rayer a également démontré, contre l'assertion de quelques auteurs modernes, que, dans la fièvre typhoïde, l'urine n'était presque jamais alcaline, même dans les périodes et les formes les plus graves de la maladie. Chez les malades dont nous parlons, le pouls reste plus ou moins fréquent; il devient souvent petit, faible, dépressible, parfois inégal, quelquefois il se ralentit, et on le voit même tomber au-dessous de sa fréquence normale. La peau, d'une chaleur en général aride et âcre au toucher, peut quelquefois aussi présenter une température moins élevée que de coutume. Enfin des accidents particuliers ont lieu du côté de la peau; car, indépendamment de l'éruption typhoïde dont j'ai déjà parlé, on observe encore des sudamina, des pétéchies et surtout des escarres.

Les sudamina sont de petites vésicules semi-hémisphériques, transparentes, de 1/2 millimètre à 1 millimètre de diamètre, confluentes, existant,

en général, en grand nombre. On les observe surtout au voisinage des aines, des aisselles, sur les parties latérales du cou, quelquefois sur tout le tronc, et même aux membres. Cette éruption passe souvent inaperçue; car elle n'est ordinairement bien appréciable que par le toucher ou bien lorsqu'on examine obliquement la surface sur laquelle elle a lieu. En promenant légèrement sur elle la pulpe du doigt, celui-ci a la sensation de petites inégalités qu'on écrase facilement et qui l'humectent. M. Andral et d'autres ont reconnu au liquide contenu dans les vésicules une réaction acide. Au bout de quelques jours, ce liquide devient louche ou opaque, l'épiderme se ride, et une exfoliation finit par avoir lieu. Quelques personnes ont émis l'opinion que l'éruption des sudamina était toujours précédée de sueurs abondantes. Mais nous pensons plutôt, avec M. Louis, que les sudamina ne sont pas dans un rapport constant avec les sueurs, qu'ils sont parfois dans un rapport inverse de celles-ci, c'est-à-dire nombreux quand elles avaient été peu abondantes, et réciproquement. Ajoutons, pour terminer, que l'apparition des sudamina n'est point critique, et que cette éruption ne diminue ni n'augmente le danger.

Les pétéchies, petites ecchymoses arrondies, peuvent appparaître à la même époque que les sudamina, mais on les observe plus rarement que ceux-ci et que les taches rosées lenticulaires. (Voir pour leur description l'article *Purpura.*)

De toutes les maladies aiguës, la fièvre typhoïde est encore celle dans laquelle on observe le plus souvent des rougeurs, des ulcérations et des escarres aux téguments. Cette complication survient, d'après M. Louis, chez un sixième des individus environ. Ces escarres se forment spécialement sur les parties qui supportent le poids du corps, telles que le sacrum et les fesses, surtout dans les rainures qui les séparent des cuisses; on en voit encore fréquemment sur les trochanters, sur les talons, les coudes et même sur l'occiput. Quelquefois la désorganisation frappe les surfaces des plaies artificielles, telles que vésicatoires, piqûres de sangsues, ou bien encore les points qui ont été momentanément irrités par des cataplasmes sinapisés. Dans certains cas la mortification des parties extérieures arrive spontanément, sans cause appréciable; c'est ainsi que j'ai vu survenir le sphacèle de la peau de la cuisse, du scrotum, du pied et de la lèvre inférieure. Enfin il n'est pas rare de voir naître sur les fesses ainsi qu'à la partie postérieure des cuisses et du tronc, régions souvent irritées par le contact de l'urine et des fèces, des pustules d'ecthyma qui s'ulcèrent fréquemment.

Troisième période. — Les symptômes varient suivant le mode de terminaison de la maladie. Si celle-ci doit avoir une issue funeste, tous les accidents s'aggravent, les traits s'altèrent de plus en plus, la face devient hippocratique, la parole est tremblante, la respiration s'embarrasse, la peau se couvre de sueurs visqueuses; les malades tombent dans un état comateux et succombent Si, au contraire, la fièvre typhoïde se termine par le retour à la santé, on remarque d'abord une diminution dans la stupeur : ainsi le malade, longtemps indifférent, semble s'intéresser à ce qui

l'entoure ; un sommeil calme succède au délire ou au coma, la bouche se nettoie, la langue s'humecte, le météorisme diminue, les selles cessent d'être involontaires, le pouls perd sa fréquence, la peau sa chaleur, l'appétit renaît, et un travail éliminatoire sépare les escarres. Il est rare que l'amélioration coïncide avec l'apparition de quelque phénomène critique. MM. Chomel et Genest ont également prouvé que la doctrine hippocratique des jours critiques, appliquée à l'étude des fièvres continues, n'avait aucun fondement.

Fièvre typhoïde de l'enfance. — La fièvre typhoïde de l'enfance présente les mêmes caractères que chez l'adulte ; toutefois, quelques uns des symptômes principaux n'ont pas le même degré de fréquence dans les deux cas : ainsi les vomissements, que M. Louis a notés assez rarement au début, se montrent à cette époque chez la moitié des enfants, d'après M. Taupin. Il paraît aussi, d'après MM. Rilliet et Barthez, que la tuméfaction de la rate ne se rencontre que chez le tiers ou le quart des malades ; ce résultat, toutefois, est en opposition avec celui de M. Taupin, qui signale l'augmentation de volume de la rate comme un phénomène à peu près constant. Chez les enfants, la langue, quoique sèche comme chez les adultes, offre néanmoins beaucoup plus rarement que ces derniers le racornissement et l'état fendillé. La rétention d'urine est également un accident assez rare, il en est de même du délire, du moins tout à fait au début ; et il est rare que ce symptôme se présente à aucune époque de la maladie avec une violence telle, qu'on soit obligé de fixer les malades dans leur lit avec le gilet de force. Enfin les taches rosées et les signes de catarrhe, quoique ordinaires dans la fièvre typhoïde de l'enfance, sont cependant moins constants que chez l'adulte. Nous en dirons autant des épistaxis ; il paraît aussi en être de même pour les bourdonnements et les vertiges : toutefois la rareté de ces derniers symptômes n'est peut-être qu'apparente, et dépend de la difficulté qu'on éprouve souvent à les constater dans le jeune âge. Enfin, nous verrons plus tard que la fièvre typhoïde des enfants diffère encore de celle des adultes par la fréquence moins grande chez les premiers de quelques unes des complications les plus graves, telles que la gangrène, les perforations et les hémorrhagies intestinales.

Sous le rapport anatomique, il paraît que chez les enfants on ne trouve presque jamais de plaques dures. On dit aussi que chez eux les altérations sont tardives, et que leur cicatrisation se fait plus rapidement. Ces faits ont besoin d'être vérifiés.

Formes de la fièvre typhoïde. — Les divers symptômes de la fièvre typhoïde que j'ai précédemment énumérés se groupent de différentes manières : quelques uns peuvent plus ou moins prédominer sous l'influence de certaines conditions individuelles ou extérieures difficiles à apprécier : or, cela imprime à la maladie une physionomie spéciale. C'est d'après cette considération qu'ont été établies les diverses formes ou variétés de la fièvre typhoïde. Les principales sont : les formes inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique et latente.

1° *Forme inflammatoire.* — Dans la forme inflammatoire, le pouls offre la force et la plénitude qu'on observe dans la fièvre angioténique. La chaleur est vive ; les téguments sont injectés ; l'urine est rouge, rare, la soif intense. Cet état n'est, en général, que momentané, et il est commun de le voir remplacé, après quelques jours de durée, ou à la fin du premier septénaire, par l'appareil symptomatique que nous verrons bientôt caractériser les formes adynamique et ataxique.

2° *Forme bilieuse ou gastrique.* — Elle est plus rare que la précédente; elle est caractérisée par la prédominance des symptômes bilieux, tels que bouche amère, langue jaunâtre; nausées, vomissements, teint jaune, chaleur vive de la peau et dureté du pouls. On dit que cette forme règne surtout en automne et pendant l'été. Les fièvres typhoïdes que Tissot observa à Lausanne pendant l'épidémie de 1755 revêtaient la forme bilieuse; celle-ci était aussi le caractère de la constitution régnante. La forme bilieuse offre les mêmes transformations que la forme inflammatoire.

3° *Forme muqueuse.* — On la rencontre, dit-on, chez les sujets affaiblis par une mauvaise alimentation ou habitant des lieux humides et malsains. Dans cette variété de la maladie, la face est pâle et bouffie ; la langue est blanche, la bouche pâteuse ; les selles sont glaireuses; des signes de catarrhe ont lieu du côté de plusieurs muqueuses. Dans l'épidémie de Goettingue, décrite par Rœderer et Wagler, cette forme paraît avoir existé dans la plupart des cas ; les accidents adynamiques lui succèdent fréquemment.

4° *Forme adynamique ou putride.* — C'est la forme la plus fréquente qu'on observe à Paris. Dans un tiers des cas, elle est primitive (Chomel) ; d'autres fois elle est consécutive aux formes précédentes. C'est dans cette forme qu'on observe plus spécialement ou à un plus haut degré l'hébétude de la face, la prostration extrême des forces, le coma, la petitesse, la lenteur du pouls, le refroidissement du corps, les déjections fétides, les fuliginosités de la bouche, les hémorrhagies passives et les escarres.

5° *Forme ataxique, nerveuse, maligne ou cérébrale.* — Dans cette variété de la maladie, on voit surtout prédominer les troubles du côté du système nerveux, tels que délire, soubresauts des tendons, carphologie, convulsions, roideur perversion des sens. Il faut rapporter à la forme ataxique la fièvre que Huxham a décrite sous le nom impropre de fièvre *lente nerveuse*, à cause de sa lenteur apparente et de la fausse bénignité de ses symptômes.

Les cinq formes de fièvre typhoïde que je viens d'énumérer comprennent à peu près les différentes espèces de fièvres continues graves admises par les anciens pyrétologistes. Cependant je me hâte de dire qu'il est rare de voir les différentes formes que j'ai admises avoir les caractères aussi distincts, aussi tranchés qu'on pourrait le croire d'après les descriptions que j'ai données de chacune d'elles. En effet, ces variétés se combinent communément entre elles; dans beaucoup de cas il est même difficile de se prononcer sur la forme de la maladie : c'est ce qui arrive, par exemple, lorsque des symptômes inflammatoires, bilieux, ataxiques et adynamiques coexistent ensemble et prédominent à peu près au même degré. Quoi qu'il

en soit, on peut dire avec M. le professeur Forget que les formes adynamique et ataxique sont les plus fréquentes de toutes, parce qu'elles sont l'aboutissant commun de toutes les autres, parce qu'elles caractérisent toute fièvre typhoïde confirmée, parce que bien peu de malades succombent sans les avoir offertes.

Formes latentes. — Eu égard à leur plus ou moins de gravité, on a divisé les fièvres typhoïdes en *graves*, *moyennes* et *bénignes*. Ces dernières peuvent être aussi bien caractérisées que la forme la plus grave; tous les symptômes ont seulement une bénignité extrême. D'autres fois non seulement les principaux symptômes sont remarquables par leur peu d'intensité, mais encore il en est beaucoup qui manquent ou qui ne sont qu'éphémères. C'est ainsi qu'on voit des malades chez lesquels un appareil fébrile continu, de médiocre intensité, et la perte d'appétit sont à peu près les seuls symptômes qui fixent l'attention du médecin; s'il y a eu de la céphalalgie au début, elle n'a été que passagère et peu intense; le dévoiement est peu abondant, la prostration peu forte. C'est à ces cas, qui se présentent fréquemment dans la pratique, qu'on a donné le nom de *fièvres typhoïdes latentes;* ces malades guérissent presque toujours avant que le diagnostic ait pu être établi sûrement; cependant quelques uns succombent parfois par suite d'une aggravation subite dans les symptômes, et plus souvent encore par l'apparition de quelques phénomènes nouveaux, comme une hémorrhagie ou une perforation intestinales, accidents qui donnent au diagnostic jusqu'alors douteux une grande certitude.

Marche de la maladie — On a vu, par la description que j'ai faite des symptômes, quelle était la marche ordinaire de la fièvre typhoïde. On a pu se convaincre que, comme la plupart des autres affections, elle avait une marche assez régulière, soit que, s'aggravant sans cesse, elle eût une issue funeste, soit que, parvenue à sa période d'état, elle déclinât ensuite progressivement. Cependant il est des cas où la maladie n'a point une marche aussi simple : ainsi quelquefois on la voit, surtout pendant la deuxième période, présenter alternativement des exacerbations et des améliorations subites, mais passagères, qui rendent le pronostic encore plus incertain. La fièvre, dans l'affection typhoïde, est essentiellement continente, pouvant néanmoins offrir, comme dans la plupart des maladies aiguës, des exacerbations qui ont ordinairement lieu vers le soir. Dans quelques cas, on a vu ces exacerbations survenir régulièrement, être précédées d'un frisson, et suivies de sueurs, comme dans les accès fébriles rémittents; cette périodicité pourtant est généralement peu marquée, et lorsqu'elle existe manifestement, elle est de courte durée.

Convalescence. — La convalescence a presque toujours une durée proportionnée à la gravité de la maladie; elle est d'autant plus longue que les forces ont été plus anéanties par l'affection et par les accidents qui sont venus la compliquer.

Les individus qui relèvent de la fièvre typhoïde sont, pour la plupart, extrêmement amaigris; l'appétit renaît très vite, et la faim se fait souvent sentir d'une manière impérieuse. Un œdème parfois douloureux des ex-

trémités inférieures, envahissant quelquefois, chez les enfants, toute la périphérie du corps (anasarque), la chute des cheveux, également plus fréquente dans le jeune âge, sont des phénomènes qu'on observe chez quelques convalescents ; mais l'accident le plus remarquable est un dérangement des facultés intellectuelles, une sorte de folie qui se dissipe en général spontanément, à mesure que les forces reviennent. Chez beaucoup de malades, l'ouïe revient lentement; c'est ce qu'on observe surtout chez ceux qui ont eu un écoulement purulent par l'oreille. Cet accident arrive peut-être sur un vingtième des sujets, à une époque assez avancée de la maladie, c'est-à-dire du vingtième au quarantième jour ; il s'accompagne quelquefois de la perforation de la membrane du tympan, comme M. le docteur Ménière me l'a fait remarquer plusieurs fois. Dans ce dernier cas, l'ouïe reste plus ou moins dure.

Rechutes, maladies consécutives. — La convalescence, après s'être établie, peut être entravée par une rechute; celle-ci survient tantôt sans cause, mais le plus souvent elle est provoquée par des imprudences, par des écarts de régime. D'autres fois c'est une maladie nouvelle qui éclate, telle qu'une fièvre éruptive. Enfin parfois la convalescence, après s'être établie franchement, finit par languir, puis les forces déclinent, et on constate bientôt tous les signes d'une phthisie pulmonaire ou d'une péritonite chronique. La tuberculisation, survenant dans ces conditions, suit presque toujours une marche assez rapide.

Récidives. — Il paraît démontré aujourd'hui que la fièvre typhoïde, semblable en cela à la variole, à la rougeole et à la scarlatine, n'affecte qu'une seule fois le même individu. Je ne crois pas que, jusqu'à présent, on ait observé un seul cas de récidive bien authentique. Les rechutes au contraire ne sont pas rares, et sont, pour la plupart, provoquées par des écarts de régime.

Durée. — L'affection typhoïde se distingue encore de la plupart des maladies aiguës fébriles par sa durée *presque toujours* considérable, quelque bénins d'ailleurs que soient ses symptômes. Si quelquefois des malades ont paru entrer en convalescence dès le huitième jour, ces faits ne sauraient être considérés que comme des cas exceptionnels ; car, même lorsque la maladie est très bénigne, la convalescence n'a communément lieu que vers la fin du second septénaire. Dans les cas graves, la durée moyenne est de vingt-huit à trente-deux jours. Je crois que les deux termes extrêmes dans lesquels la convalescence peut être observée sont douze et quatre-vingts jours. Toutes choses égales d'ailleurs, on peut établir, avec MM. Chomel et Genest, que, de toutes les variétés de la fièvre typhoïde, la forme adynamique est celle dont la durée est la plus considérable.

Si la fièvre typhoïde a une issue funeste, la mort arrive rarement avant le septième jour ; mais c'est surtout pendant la deuxième et la troisième périodes, c'est-à-dire pendant le deuxième et le troisième septénaires, que la plupart des malades succombent.

Complications. — La fièvre typhoïde peut se compliquer de plusieurs accidents ; les plus communs sont : la péritonite consécutive à la perfo-

ration de l'intestin, les hémorrhagies intestinales, les inflammations des voies aériennes; l'érysipèle de la face, l'otite, les parotides et les escarres.

1° *Péritonite par perforation.* — La perforation intestinale est l'accident le plus grave qui puisse survenir dans le cours de la fièvre typhoïde. Lorsque des adhérences protectrices ne sont pas organisées avant que la perforation s'opère, les gaz et les matières fécales s'épanchent dans le péritoine, et produisent inévitablement une péritonite suraiguë. Au moment même de l'accident, les malades éprouvent une douleur subite, souvent assez vive pour arracher des cris; elle commence dans le point même où la perforation s'est opérée, et s'irradie de là dans tout le ventre. Cependant, lorsque les malades sont très affaiblis et que la sensibilité est très obtuse, la douleur peut manquer plus ou moins complétement. Dans le cas où elle existe, la pression l'exaspère beaucoup; elle s'accompagne de frissons, de refroidissement du corps, d'une altération profonde des traits, de vomissements, d'une fréquence excessive du pouls, qui est en outre petit et dépressible. Dans ces cas, il y a presque toujours diminution et même suppression des selles. La mort a le plus communément lieu au bout de six à quarante heures. Un malade de M. Louis n'a succombé pourtant qu'après sept jours. La perforation intestinale est un accident qui survient sans prodromes au moment où l'on s'y attend le moins, dans les cas graves comme dans les plus bénins, et même dans ceux, comme nous l'avons dit, où le diagnostic offre la plus grande incertitude. Un météorisme trop considérable, une pression immodérée dans la fosse iliaque pour déterminer le phénomène du gargouillement, peuvent favoriser ou provoquer la perforation; mais en général cet accident formidable survient sans cause appréciable et d'une manière tout à fait imprévue. Il est beaucoup moins commun chez les enfants que chez les adultes : on l'observe chez ces derniers à peine une fois sur cinquante ou soixante.

2° *Hémorrhagies intestinales.* — Les hémorrhagies intestinales sont produites, tantôt par l'érosion d'un vaisseau, le plus souvent peut-être d'une manière passive et par simple exhalation. Le sang est quelquefois très abondant; il est alors rendu pur, liquide, ou en caillots noirâtres; ou bien il est en petite quantité, et dans ce cas il est intimement combiné avec les matières fécales, et peut passer inaperçu. Lorsque la perte de sang est très abondante, on observe tous les signes des hémorrhagies internes : je les ferai connaître plus tard (voir *Hémorrhagie*). L'hémorrhagie intestinale est un symptôme grave, pouvant produire la mort; presque toujours elle augmente la faiblesse, quelque peu abondante qu'elle soit d'ailleurs : il est douteux qu'elle ait jamais été critique. Cette complication, fréquente chez l'adulte, est au contraire très rare dans la fièvre typhoïde du jeune âge, où elle se montre peut-être à peine une fois sur cent, c'est-à-dire huit ou dix fois moins souvent que chez l'adulte.

3° *Entérite.* — L'entérite, complication tout à fait secondaire chez l'adulte, paraît au contraire jouer un rôle important dans la fièvre typhoïde du jeune âge. L'inflammation et le ramollissement de la muqueuse du gros et du petit intestin ont été rencontrés, par MM. Rilliet et Barthez,

dix-sept fois sur vingt-sept cas. Cette lésion paraît déterminer une augmentation des douleurs abdominales, de la diarrhée et du météorisme. Cette grave complication est d'autant plus commune que les enfants sont plus jeunes.

4° *Inflammation des voies aériennes.* — La pneumonie est une des complications les plus communes de la fièvre typhoïde. Je l'ai observée sur le septième des individus ; M. Louis l'a vue chez un sixième : cette dernière proportion est à peu près celle qu'on observe pour les enfants. Quant aux signes auxquels on pourra la reconnaître, je les ferai connaître plus tard. (Voir *Pneumonie.*)

5° *Érysipèle de la face.* — Cette complication se rencontre chez un vingtième ou un trentième à peu près des individus. L'érysipèle, survenant dans ces conditions, est généralement peu intense; il est souvent partiel, et s'accompagne de peu de gonflement. Nonobstant cela, il a pour effet presque constant de prostrer beaucoup les forces. Près de la moitié des malades dont nous parlons succombent.

6° *Otite.* — L'otite paraît être un accident moins commun chez l'adulte que chez l'enfant, où on l'a notée sur un dixième environ des sujets. Elle ne s'accompagne ordinairement d'aucune douleur, et n'est guère caractérisée que par l'écoulement puriforme et par la surdité. C'est donc à tort que presque tous les médecins rapportent constamment ce dernier symptôme, si commun dans la fièvre typhoïde , à un trouble purement nerveux , tandis que dans beaucoup de cas (j'ignore encore leur proportion) il se lie à l'inflammation de l'oreille interne ou du conduit auditif externe.

7° *Parotides.* — Les parotides sont des complications rares à tous les âges, et qu'on ne peut considérer comme des mouvements critiques favorables que dans la très minime partie des cas.

8° *Escarres.* — J'ai parlé précédemment des escarres, symptôme fâcheux, en ce qu'il indique une grande perturbation dans l'économie. En outre, la gangrène peut devenir par elle-même une cause de mort; car, lorsque les escarres se séparent, beaucoup de malades succombent par suite de l'abondance de la suppuration, ou parce que l'organisme affaibli ne peut faire les frais de la cicatrisation. Ce grave accident se rencontre près de deux fois plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant. Ce dernier n'en est guère atteint qu'une fois sur dix-huit.

Diagnostic différentiel. — Parmi les nombreux symptômes qu'on observe dans la fièvre typhoïde, il n'y en a aucun qui soit pathognomonique; de sorte que, pour arriver au diagnostic de la maladie, il faut la réunion ou l'ensemble d'un certain nombre de symptômes généraux et locaux. Il existe surtout quelques phénomènes qui ont une grande importance, parce qu'on les observe rarement dans le cours des autres maladies aiguës, et que, lorsqu'ils se montrent dans celles-ci, ils sont beaucoup moins marqués que dans la fièvre typhoïde. Ce sont la céphalalgie intense et continue, les épistaxis, les taches rosées lenticulaires, les sudamina, les escarres, le météorisme, le gargouillement dans la fosse iliaque droite, les hémorrhagies intestinales, l'augmentation de volume de la rate, la

stupeur, le délire, l'assoupissement ou l'insomnie, la débilité extrême, qui n'est point en rapport avec les autres symptômes, la contracture et les soubresauts, phénomènes dont la réunion ou l'existence en plus ou moins grand nombre chez le même individu révèle nécessairement une fièvre typhoïde.

Cependant le diagnostic présente plus ou moins de difficultés dans un grand nombre de cas : ainsi, dès le début de l'affection, lorsqu'il n'y a que de la céphalalgie, de la fièvre, de l'anorexie, de la soif, de la diarrhée et de la faiblesse, il est impossible de dire si c'est une fièvre typhoïde qui commence plutôt qu'une autre maladie aiguë. Il est, en effet, plusieurs affections qui présentent beaucoup de ressemblance avec la fièvre typhoïde : tels sont, en particulier, les fièvres éruptives, et surtout la variole dans sa période prodromique, l'embarras gastrique avec fièvre, les affections catarrhales peu intenses, la fièvre inflammatoire, enfin beaucoup de phlegmasies viscérales ; de sorte que, pour préciser le diagnostic, on est souvent obligé d'attendre la manifestation d'autres symptômes, tels que le météorisme, le gonflement de la rate, les taches, etc. Cependant, si dans ces cas douteux la faiblesse est déjà très grande, s'il y a de l'insomnie, des bourdonnements d'oreilles et des vertiges, on devra plutôt *incliner* vers l'existence d'une fièvre typhoïde.

Suivant M. Delarroque, au contraire, le diagnostic de la fièvre typhoïde pourrait toujours être établi dès le début avec certitude, parce que, suivant lui, on trouverait constamment groupés, dès le premier ou deuxième jour de la maladie, quatre caractères, dont la réunion constituerait le vrai signe caractéristique de l'état typhoïde. Ces symptômes seraient : 1° la stupeur, 2° la dilatation des pupilles, 3° la pulvérulence ou l'enduit brunâtre de l'intérieur des narines, 4° le gargouillement iléo-cœcal. Cependant ces phénomènes ne me semblent pas aussi constants au début que le pense M. Delarroque ; nous croyons notamment qu'ils manquent dans la plupart des cas légers, et dans un grand nombre d'autres qui n'ont qu'une intensité moyenne. Après le premier septénaire, cependant, il est rare que le diagnostic soit encore incertain ; car, si on n'avait ni les taches, ni le météorisme, ni la stupeur, ni les épistaxis, ni les hémorrhagies intestinales, on devrait néanmoins, en considération seule de la *durée de la fièvre*, présumer qu'on a affaire à l'affection typhoïde. En effet, c'est avec beaucoup de raison que, dans sa *Pathologie générale*, M. Chomel a établi qu'une fièvre aiguë qui persiste au-delà du huitième jour, et qui jusqu'à cette époque, après des explorations méthodiques et répétées, n'a présenté aucun signe local d'une phlegmasie assez intense pour l'expliquer, doit être rapportée à la maladie typhoïde, du moins dans notre climat et dans le cours accoutumé de notre état sanitaire. L'examen du sang peut en outre aider à déterminer la cause du mouvement fébrile : si, en effet, celui-ci est symptomatique de quelque phlegmasie, on observera aussitôt une augmentation considérable de la fibrine ; tandis que nous avons vu que, dans les pyrexies simples, ce principe n'augmente jamais, qu'il reste souvent en quantité normale, ou qu'il diminue parfois (Andral).

L'âge des malades est encore un élément précieux de diagnostic. Nous verrons, en effet, bientôt que la fièvre typhoïde n'affecte presque jamais les vieillards; lors donc que chez des sujets âgés de plus de cinquante-cinq ou soixante ans, on observe un appareil symptomatique pouvant indiquer l'affection des plaques de Peyer, on exclura aussitôt l'idée de cette lésion, et l'on recherchera dans la souffrance de quelque organe profond, et surtout dans la poitrine, la cause de l'état typhoïde qu'on observe. Quel que soit d'ailleurs l'âge des sujets, il est impossible, pour peu qu'on soit attentif et instruit, de confondre pendant longtemps l'état typhoïde tenant à l'altération des plaques de l'intestin, et celui qui est symptomatique de quelque phlegmasie viscérale ; car, grâce aux progrès qu'a faits dans ce siècle le diagnostic des affections locales, on ne peut pas rester longtemps incertain sur la cause des symptômes adynamiques qu'on observe. Les maladies qui simulent le mieux la forme adynamique de la fièvre typhoïde sont : les phlegmasies thoraciques, la péritonite, surtout celle qui affecte les femmes en couches, la phlébite, la morve aiguë, les maladies des voies urinaires, la période de réaction du choléra asiatique. Mais on verra, à la description que je ferai de chacune de ces maladies, comment, en ayant égard à l'âge des sujets, aux circonstances dans lesquelles on observe, et surtout aux phénomènes fournis par l'exploration des organes, on pourra éviter à peu près sûrement de se tromper sur la nature de l'affection.

Dans la fièvre typhoïde ataxique, lorsque surtout les malades ont un délire violent, un grand nombre de personnes méconnaissent l'affection et admettent l'existence d'une phlegmasie des méninges et du cerveau. Mais cette erreur, qui peut avoir les plus funestes résultats, ne pourra être commise que dans les cas fort rares où on n'aurait aucune espèce de renseignements sur les antécédents des malades, et lorsque la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde manquent. Presque toujours on pourra établir le diagnostic différentiel par la comparaison des symptômes et par la marche différente que suivent la fièvre typhoïde et les phlegmasies encéphaliques; c'est ce que je ferai plus tard.

Nous montrerons aussi ailleurs qu'il est impossible de confondre la fièvre typhoïde avec l'entérite, du moins chez l'adulte ; tandis que, dans le jeune âge, l'entérite intense offre quelquefois tant de ressemblance avec la forme grave de la fièvre typhoïde, qu'il peut devenir difficile d'établir le diagnostic différentiel des deux affections. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet quand nous traiterons de l'inflammation des intestins.

Pronostic. — Le pronostic de la fièvre typhoïde est toujours grave. Quelque bénigne que soit la maladie, *il est impossible d'affirmer quelle sera son issue;* car on ne doit jamais oublier que dans les cas les plus simples et les plus bénins, et tandis que tout fait supposer une heureuse terminaison, une perforation intestinale peut avoir lieu, et emporter rapidement les malades. Cet accident formidable, que rien ne peut nous faire prévenir ou prévoir, empêchera toujours un médecin prudent d'établir sans restriction un pronostic favorable, même dans les cas où les symptômes généraux ou locaux sembleraient y autoriser. Mais, indépen-

damment du caractère propre de la maladie, il existe encore quelques circonstances particulières, telles que des conditions d'âge ou certains symptômes, qui doivent aussi modifier le pronostic.

Si le *sexe* n'exerce aucune influence manifeste sur l'issue de la maladie, il n'en est pas de même de l'âge des sujets. Ainsi, des faits nombreux ont aujourd'hui démontré que la fièvre typhoïde était très meurtrière dans l'enfance, puisque, à cet âge, elle emporte quelquefois, soit par elle, soit par ses complications, plus du quart des sujets (Rilliet et Barthez) : M. Barrier pourtant n'indique qu'une mortalité d'un dixième. Quoi qu'il en soit, l'affection est surtout grave dans les cinq premières années de la vie. De quinze à vingt ans, elle paraît faire beaucoup moins de victimes qu'à tous les autres âges. De vingt à quarante ans, le degré de mortalité, quoique un peu plus considérable que précédemment, ne varie pas beaucoup, tandis qu'au-dessus de cet âge la proportion des morts semble augmenter.

Les sujets débilités par une nourriture insuffisante ou par des chagrins prolongés, les hommes d'une constitution débile, sont ceux chez lesquels la maladie offre généralement le plus de gravité.

L'influence des *saisons* sur la mortalité n'est pas encore bien établie. D'après M. Chomel, la lenteur de l'invasion serait une circonstance défavorable.

Parmi les symptômes qui donnent le plus de gravité au pronostic, il faut citer l'hémorrhagie intestinale, puisque l'on voit succomber plus de la moitié des malades qui ont présenté cet accident. Un météorisme considérable et des selles involontaires sont également des signes graves, mais à un moindre degré que le précédent, et surtout que la dysphagie, spécialement lorsque celle-ci est symptomatique d'une paralysie du pharynx. — Le *délire* est toujours une circonstance aggravante ; mais il constitue surtout un signe fâcheux lorsqu'il survient dès le début de la maladie, et qu'il est assez violent pour nécessiter l'usage de la camisole de force. Le *coma*, lorsqu'il est permanent, et les *soubresauts des tendons* sont encore un des symptômes les plus fâcheux ; mais, quelque graves qu'ils soient, ils n'indiquent pas une mort à peu près certaine, comme le font les *convulsions*, la *roideur tétanique* des membres et le *facies hippocratique*. La *surdité*, même complète, n'est pas un signe aussi funeste qu'on le croit généralement. Quelques uns ont considéré l'otorrhée comme d'un favorable augure, mais c'est une opinion très contestable. La *fréquence extrême du pouls*, ou bien son *ralentissement* succédant tout à coup à une grande fréquence, et coïncidant avec l'exaspération des autres symptômes, sont des signes du plus fâcheux augure.

Toutes les *formes* de la maladie sont dangereuses ; mais les formes *adynamique* et *ataxique*, et *cette dernière surtout*, sont celles qui comportent le plus de gravité.

Toutes les complications ajoutent nécessairement à la gravité de la maladie. Ainsi, presque tous ceux qui sont affectés de *pneumonie* intercurrente succombent promptement. Lorsque des signes de *perforation intestinale* ont lieu, il faut à peu près désespérer du salut des malades. La for-

mation d'*escarres*, surtout au *sacrum*, et l'*érysipèle à la face*, sont encore des accidents qui doivent le plus préoccuper les médecins.

Enfin, d'après la remarque de M. Chomel, lorsqu'après une courte rémission des symptômes on voit reparaître les accidents avec plus d'intensité qu'auparavant, le pronostic est très grave ; car, dans ce cas, la maladie a presque toujours une issue fatale. Les rechutes sont également extrêmement fâcheuses.

Étiologie de la fièvre typhoïde. — La recherche des causes prédisposantes et occasionnelles de la maladie a été faite dans ces derniers temps avec beaucoup de soin ; voici les résultats principaux qu'on a obtenus.

1° *Age.* — Il résulte des faits consignés dans les ouvrages de MM. Louis et Chomel que la maladie a son maximum de fréquence de dix-huit à trente ans, et qu'elle est rare au-dessus de quarante ; ces auteurs et nous-même ne l'avons jamais vue après cinquante-cinq ans. Cependant la maladie peut se montrer chez des individus encore plus âgés. Ainsi, MM. Lombard et Fauconnet, de Genève, rapportent (*Gazette médicale* de 1843) que sur un relevé de mille malades atteints de fièvre typhoïde, on en comptait cinq qui avaient de cinquante à soixante ans ; ils citent même un septuagénaire qui, succombant à une période avancée de la maladie, présenta la lésion caractéristique des ganglions et des plaques. Si ce fait est bien authentique, il sera, je crois, le seul que la science possède, car on doit élever des doutes légitimes sur le cas présenté, il y a environ dix ans, par M. Prus à la Société de médecine de Paris. Dans l'enfance, la fièvre typhoïde est commune, comme l'ont prouvé les recherches de MM. Barrier, Taupin, Rilliet et Barthez. On voit, en effet, par les travaux de ces auteurs, que l'affection dont nous traitons est surtout fréquente de neuf à quatorze ans ; qu'elle l'est moins de cinq à huit, et qu'elle est tout à fait rare dans les premières années de la vie. Cependant on en a observé des exemples dès les premiers mois de l'existence ; et un fait communiqué par notre ami le professeur Charcellay à la Société de médecine d'Indre-et-Loire prouve que la fièvre typhoïde pourrait même atteindre l'enfant encore renfermé dans le sein maternel.

2° *Sexe, constitution et professions.* — On ne sait rien de positif sur la prédisposition exercée par le sexe, les constitutions, les professions, etc. Cependant on a dit que dans l'enfance la maladie sévissait davantage sur les garçons que sur les filles, et atteignait ceux qui étaient le mieux développés et avec les apparences de la meilleure constitution (Rilliet et Barthez). Ajoutons que, contrairement à la plupart des autres maladies, la fièvre typhoïde survient presque toujours primitivement, et que chez l'adulte, comme dans le jeune âge, on ne la voit presque jamais atteindre des convalescents.

3° *Changement d'habitudes, acclimatement.* — MM. Petit et Serres, Louis et Chomel, ont démontré que le plus grand nombre de fièvres typhoïdes qu'on observait à Paris sévissait sur des sujets arrivés des provinces, et non encore acclimatés. Cela porterait à penser que le changement d'habitude, de climat, de nourriture, constitue une prédisposition

puissante pour la production de la maladie. Peut-être aussi, comme le croit M. Piorry, l'encombrement est-il une circonstance qui à elle seule peut développer l'affection. Quoi qu'il en soit, l'altération de l'air qui résulte de l'encombrement est une condition fâcheuse, et qui toujours rend la maladie beaucoup plus grave.

4° *Climats, localités.* — Nous ne savons rien de précis sur l'influence des climats, si ce n'est que la maladie règne dans tous les pays d'Europe, et qu'elle est même assez commune dans l'Amérique du Nord, sans l'être cependant autant qu'à Paris. Elle se présente partout avec les mêmes phénomènes symptomatiques; partout aussi elle est caractérisée par les mêmes lésions anatomiques, et reconnaît la plupart des causes prédisposantes dont nous avons reconnu l'influence à Paris.

Dans ces derniers temps, M. Boudin a avancé que les localités marécageuses se faisaient remarquer par la *rareté relative* de la fièvre typhoïde; mais cette opinion ne trouvant pas une confirmation évidente dans les documents réunis par l'auteur de son important travail inséré dans le 33e volume des *Annales d'hygiène*, ne doit être regardée, jusqu'à présent du moins, que comme une simple assertion.

5° *Causes occasionnelles.* — On a pendant longtemps accusé le froid, les privations, la misère, toutes les causes débilitantes, comme ayant la plus grande part dans la production de la maladie : cependant les recherches de MM. Chomel et Louis ont prouvé que toutes ces causes avaient été admises assez gratuitement; que, si parfois la maladie succède immédiatement à quelque cause occasionnelle, dans la grande majorité des cas elle survient d'une manière tout à fait spontanée, c'est-à-dire que la cause qui l'engendre nous échappe entièrement.

6° *Contagion.* — La généralité des médecins, surtout à Paris, pensent que la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse. Ils fondent leur opinion : 1° sur le grand nombre d'individus qui s'exposent impunément à la contagion; 2° sur ce que dans nos hôpitaux on ne voit pas l'affection se transmettre aux autres malades, quoique beaucoup d'entre eux couchent dans des lits voisins de ceux qu'occupent des individus atteints de fièvre typhoïde.

Ces objections ne sont que spécieuses : si, en effet, beaucoup de personnes peuvent soigner des fièvres typhoïdes sans en être affectées, cela prouve que la contagion de cette maladie n'atteint pas nécessairement tous ceux qui s'y exposent. Si dans les hôpitaux on ne voit pas la maladie se propager de lit en lit, cela n'a rien de si extraordinaire, puisque nous voyons qu'il en est à peu près de même pour plusieurs maladies manifestement contagieuses, comme la rougeole, par exemple, qui se propage rarement dans nos hôpitaux d'adultes, probablement parce que la plupart des individus ont eu la maladie dans le jeune âge, et qu'il en est très probablement de même pour la fièvre typhoïde, que nous savons être très commune chez les enfants. D'ailleurs, il n'est pas sans exemple que des individus entrés dans un hôpital pour une affection quelconque aient été consécutivement atteints de fièvre typhoïde; des faits semblables ont été vus non seulement par moi-même, mais aussi par MM. Louis, Chomel,

Genest, et par plusieurs autres encore. Mais que peuvent prouver des faits négatifs lorsque la science possède déjà un si grand nombre d'observations qui démontrent la réalité de la contagion? Ainsi M. le docteur Bretonneau, le premier en France, a rapporté beaucoup de faits recueillis dans des villages ou de petites villes (*Archives de* 1829), qui prouvent sans réplique la transmission de la maladie par contagion. Les résultats obtenus pendant l'épidémie qui régna à l'École de la Flèche, en 1826, méritent surtout d'être connus et médités. La fièvre typhoïde régnait à la Flèche et dans le collége; quatre pensionnaires ayant succombé et *les caractères anatomiques de la maladie ayant été constatés avec soin*, l'École fut évacuée. Parmi les élèves qui furent renvoyés chez leurs parents, il y en eut vingt-neuf qui furent gravement affectés de la même maladie, et huit la communiquèrent à plusieurs des personnes qui les soignèrent. On cite surtout un de ces élèves qui, à Versailles, transmit la maladie à sa sœur, celle-ci à sa femme de chambre, cette dernière à une amie qui vint la visiter. Cependant il fut bien constaté que la fièvre typhoïde ne régnait pas à Versailles avant l'arrivée des pensionnaires de la Flèche. Un grand nombre d'autres exemples de transmission de fièvre typhoïde par contagion ont été vus par MM. Leuret à Nancy, Mistler et Ruef dans le département du Bas-Rhin, par M. Putegnat à Lunéville, par le professeur Forget à Strasbourg, par M. Patry à Ligueil, par MM. Lombard et Fauconnet à Genève, par M. Féron à Bayeux, par M. Castella à Neufchâtel, etc. Mais les observations les plus concluantes en faveur de la contagion ont été faites par le docteur Gendron, du Château-du-Loir. Ce médecin a prouvé, dans son beau travail sur les épidémies des petites localités, inséré dans les deux premières années du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, que la fièvre typhoïde pouvait être transmise *directement* par le contact immédiat des malades, ou bien par le séjour dans leur atmosphère; *indirectement* ou à la suite de rapports médiats avec les individus qui approchent les malades, ou pour avoir touché aux effets qui ont servi à ces derniers. Le même auteur a prouvé que ces quatre modes de contagion étaient, quant à leur fréquence, dans une proportion successivement décroissante; que la contagion agissait en raison de la fréquence des communications et du nombre des malades, indépendamment de l'insalubrité des lieux et de la misère des habitants; que la maladie, rarement transmissible dans les quinze premiers jours, le devenait surtout dans le troisième et le quatrième septénaires, jusque dans la convalescence; qu'il y avait une période d'incubation qui pouvait n'être que de vingt-quatre heures, tandis que d'autres fois elle se prolongeait pendant quinze jours; dans la plupart des cas cependant elle ne dépasse pas huit jours. Enfin M. Gendron a démontré d'une manière incontestable l'immunité qu'acquéraient les individus qui avaient été atteints une première fois de la maladie.

Ces faits sont importants; ils ont été observés par un homme aussi consciencieux qu'habile, et méritent par conséquent toute notre confiance. Il n'est donc plus permis aujourd'hui de révoquer en doute la transmission de la fièvre typhoïde par contagion. Celle-ci, il est vrai, n'est pas aussi

évidente à Paris qu'en province, parce que dans cette métropole, comme dans toutes les grandes villes, il est difficile de suivre les traces de la contagion. Ne voyons-nous pas, en effet, tous les jours, des individus être pris de variole, de rougeole ou de scarlatine, sans que nous puissions dire où et comment ils les ont contractées? et cependant ces maladies n'ont pu survenir que par le fait de la contagion. Ainsi donc la question de la contagion ne peut être étudiée que dans les petites localités, où tout le monde se connaît, où le même médecin, voyant tous les malades à plusieurs lieues à la ronde, peut suivre pas à pas le début et le mode de propagation des maladies.

Il résulte de ce qui précède que la fièvre typhoïde est contagieuse: aussi la prudence veut que, lorsque la maladie éclate dans une famille, on éloigne du foyer du mal les individus qui, ne l'ayant pas encore eu, seraient, par leur âge, plus particulièrement prédisposés à le contracter. Mais tout en reconnaissant que la fièvre typhoïde est contagieuse, il faut aussi admettre qu'elle l'est à un moindre degré que beaucoup d'autres maladies, telles que les fièvres éruptives, par exemple. Nous croyons en outre que, contrairement à ce qui a lieu pour ces dernières, le développement de la fièvre typhoïde est beaucoup plus souvent spontané que l'effet de la contagion, proposition que M. Gendron semble contester. Nous sommes également convaincu que ce médecin exagère les effets de la contagion, lorsqu'il avance que celle-ci est la cause principale des épidémies de fièvre typhoïde; celles-ci nous paraissent, au contraire, résulter plutôt des causes encore inconnues qui développent presque toutes les affections épidémiques.

Traitement. — Si on a lu avec quelque attention l'histoire que j'ai tracée précédemment de la maladie, on aura de la peine à comprendre qu'on ait pu conseiller un mode uniforme de traitement applicable à tous les cas, à toutes les formes et à toutes les périodes de l'affection; qu'on ait pu, par exemple, prescrire exclusivement les toniques et les stimulants, les antispasmodiques et les saignées chez des individus dont la faiblesse était extrême, le pouls petit et dépressible, comme chez ceux dont les forces étaient moins prostrées, et dont le pouls était large et résistant; c'est cependant ce qui a eu lieu. Beaucoup de médecins ne voyant, en effet, dans la fièvre typhoïde, qu'une maladie *spécifique*, ont voulu lui opposer une médication également spécifique, ou du moins une thérapeutique qui fût en rapport avec la nature vraie ou supposée de la maladie : c'est ce qu'on va voir par les détails suivants.

Médication antiphlogistique. — M. Forget, de Strasbourg, dont la vaste érudition égale l'habileté, a prouvé, dans son excellent ouvrage, que presque tous les anciens médecins avaient employé les saignées, plus ou moins largement, dans le traitement de la fièvre typhoïde; la méthode antiphlogistique fut même usitée par quelques uns dans les formes adynamique et ataxique. Je citerai particulièrement Botal et Chirac, qui faisaient souvent 2, 3 et 4 saignées dans les 24 ou 36 premières heures. De nous jours, la plupart des médecins dont la pratique mérite le plus de faire autorité n'emploient les antiphlogistiques qu'avec prudence et mesure,

comme le faisaient autrefois Baglivi, Pringle, Dehaen. Ainsi MM. Andral, Chomel, Rostan, Cruveilhier et Louis, se bornent le plus souvent à faire une ou deux saignées générales et locales au début de la maladie. M. Forget saigne généralement un peu plus que ces messieurs, puisque, dans les cas graves, il a retiré, en moyenne, par les saignées générales et locales, 1 kilog. 93 gram. de sang, et qu'on peut évaluer en moyenne à 843 grammes la quantité qu'il a extraite à chacun de ses malades. Mais, quoique M. Forget admette que les saignées doivent faire la base du traitement des fièvres typhoïdes, il exige cependant qu'elles soient proportionnées à la violence de la maladie, à ses phases, à ses complications. Quoi qu'il en soit, il ne ressort pas des résultats obtenus par M. Forget que la saignée employée comme il le fait ait de l'utilité, puisque sa mortalité générale a été d'environ un sur quatre ; elle a été un peu moindre de un sur trois chez ceux qui furent saignés, quoique la maladie fût légère ou de moyenne intensité dans près des deux tiers des cas.

M. Bouillaud est, parmi les médecins modernes, celui qui use le plus largement de la saignée, puisqu'il retire quelquefois jusqu'à 2 kilog. 1/2 de sang à ses malades. On sait aussi qu'à l'imitation de Chirac, il est dans l'habitude de faire les saignées à de courts intervalles qu'il détermine d'avance. Mais aujourd'hui le temps a fait justice de cette méthode, qui d'ailleurs n'a jamais trouvé que des opposants et presque pas d'imitateurs. Les prétentions de M. Bouillaud ont été justement appréciées par M. Louis dans la deuxième édition de ses *Recherches sur la fièvre typhoïde.* Ce médecin a prouvé, en effet, que loin de ne perdre qu'un neuvième de ses malades, M. Bouillaud avait, dans la fièvre typhoïde, une mortalité d'un sixième, résultat qui prouve d'ailleurs que si les saignées coup sur coup n'ont pas les avantages que leur avait assignés leur auteur, elles n'ont pas non plus la funeste influence qu'on serait tenté de leur attribuer de prime abord. M. Louis a en outre démontré d'une manière rigoureuse l'avantage des saignées médiocres; il a prouvé, en effet, que la saignée faite dans les dix premiers jours de la maladie, à la dose de 360 grammes, et répétée deux fois dans les cas graves, diminuait la mortalité et abrégeait la durée de la maladie. Cependant il faut bien se persuader que la saignée n'est pas indispensable, et qu'avant de la pratiquer il faut que l'état du pouls n'y mette point obstacle. La forme inflammatoire est celle qui permet d'employer le plus largement la méthode antiphlogistique. D'ailleurs, aucune des autres formes de la maladie ne contre-indique l'usage de la saignée, si l'état du pouls ne s'y oppose pas.

Il est généralement préférable de tirer le sang par une veine du bras ; cependant, si le ventre, et surtout si la fosse iliaque étaient le siége d'une douleur vive, il serait convenable de faire une application de sangsues. Nous ne voyons aucune utilité de mettre celles-ci à l'anus; cette pratique aurait même des inconvénients dans beaucoup de cas. On a vu souvent, en effet, les piqûres, irritées sans cesse par le contact des matières fécales et de l'urine, lorsque les évacuations sont involontaires, s'irriter, se transformer en pustules douloureuses, puis s'ulcérer ou se gangrener.

Les émissions sanguines ne seront donc pratiquées que pour obéir à une indication précise. On devra toujours user de ce moyen avec prudence et réserve. Il est rare que l'état des forces permette de faire plus de deux saignées de 360 à 450 grammes chacune. Il vaudrait beaucoup mieux, dans la fièvre typhoïde, tirer moins de sang qu'il ne convient, que de pécher par un excès contraire ; cette excessive réserve est surtout commandée pour les enfants, chez lesquels, d'ailleurs, il est rare d'obtenir quelques bons effets de la saignée. Les travaux de MM. Rilliet, Barthez et Taupin tendraient même à prouver que les émissions sanguines dans le jeune âge ont pour inconvénient d'aggraver les symptômes nerveux, et de favoriser les complications en débilitant les malades. On devra donc s'abstenir généralement de ce moyen chez les enfants, n'y recourir que chez ceux qui sont robustes et dont la maladie n'a pas encore dépassé le dixième jour ; on les emploiera surtout pour combattre le délire et la violence des coliques. Dans le premier cas, on mettra des sangsues derrière les apophyses mastoïdes ; dans le second, on les placera sur le ventre. Leur nombre ne dépassera pas 4 ou 6 pour les enfants âgés de moins de cinq ans ; on en posera de 6 à 15 chez les plus âgés. Enfin, on surveillera l'écoulement sanguin, dont la durée ne devra pas dépasser une heure.

Les malades devront boire la plus grande quantité possible de boissons douces et tempérantes, telles que des solutions de sirop de gomme, de guimauve, de capillaire, de groseilles, de cerises, de framboises, de la limonade, de l'orangeade ; une décoction d'orge, de chiendent, de mauve, etc., diversement édulcorée. Ces boissons seront données tièdes ou fraîches suivant l'intensité de la soif. On joint avec avantage aux moyens précédents les fomentations ou mieux les cataplasmes émollients sur le ventre, les lavements de guimauve, et les bains tièdes. On retire surtout des effets avantageux de ces derniers quand la fièvre est violente et la chaleur des téguments vive et sèche ; ils ont souvent pour effet immédiat de rendre la peau souple et de diminuer sa température.

Médication contre-stimulante. — Dans l'histoire que je viens de tracer de la médication antiphlogistique, je n'ai rien dit, à dessein, de la méthode contre-stimulante par le tartre émétique, conseillée par Rasori, et dont il paraît avoir fait un heureux emploi pendant la fièvre pétéchiale de Gênes. Mais il est impossible de juger cette méthode d'après les vagues indications qu'on trouve dans l'ouvrage de Rasori, et personne après lui n'a, que je sache, suivi les mêmes errements. Je ne dirai rien non plus du sulfate de quinine, préconisé dans ces derniers temps, et qui, donné à haute dose, c'est-à-dire à 2, 4 et même 6 grammes par jour, agit, ainsi que l'a prouvé Giacomini, comme un véritable contre-stimulant. Mais les faits publiés, tout en révélant certaines circonstances curieuses sous le point de vue physiologique, n'ont pas démontré que le remède fût certainement utile ; plusieurs fois il a paru, au contraire, être nuisible. Toutefois, il est quelques cas rares où le sulfate de quinine doit être administré, non à titre de contre-stimulant, mais seulement comme antipériodique, lorsque, par exemple, il y a des exacerbations régulières ; car alors

le sulfate de quinine, donné à faible dose, comme 50 à 60 centigrammes, fait justice de la complication, sans toutefois entraver la marche de la maladie.

Médication antiputride, antiseptique. — Les médecins qui crurent que l'essence de la fièvre typhoïde consistait dans la putridité des humeurs, ceux qui, à l'exemple de Petit, regardaient la maladie comme étant *essentiellement et primitivement adynamique*, conseillaient à toutes les périodes une méthode de traitement tonique. Ils choisissaient toutes les substances auxquelles on attribue des vertus antiputrides : ainsi, le quinquina, le camphre, le musc, les plantes aromatiques, le vin, l'alcool, les acides minéraux donnés à l'intérieur ou appliqués sous forme topique, furent les médicaments qui ont joui à cet égard de la plus grande faveur. Cette méthode, qui fut généralement suivie en France sous le règne de la nosographie philosophique, compte encore de nombreux prosélytes en Angleterre, en Italie et surtout en Allemagne, mais elle ne mérite aucune espèce de confiance. Ainsi, sur quarante malades dont M. Andral parle dans le t. Ier de sa *Clinique*, comme ayant été soumis au traitement dont il s'agit, il y en a vingt-six qui succombèrent. Quant aux quatorze individus qui guérirent, il n'y en a que trois chez lesquels les toniques ont été manifestement utiles, puisque l'amendement suivit de très près la médication; chez tous les autres, au contraire, on peut conserver quelques doutes sur l'efficacité du traitement, puisque l'amélioratien a été lente et telle qu'elle eût été obtenue par la méthode simplement expectante. De pareils résultats doivent faire condamner à jamais la médication tonique, employée du moins comme *méthode exclusive* dans le traitement de la fièvre typhoïde. Cependant on rencontre dans la pratique des cas assez nombreux dans lesquels les toniques sont utiles; mais il importe de bien préciser les circonstances qui sont favorables à leur action et celles qui en contre-indiquent l'emploi.

Les toniques et les excitants sont généralement nuisibles pendant les premières périodes de la maladie, lorsque la réaction fébrile est très forte, lorsque le pouls est fréquent et que la chaleur de la peau est âcre et sèche. S'il arrive que, dans des cas pareils, on administre les vins généreux ou le quiquina pour remédier à une adynamie profonde, il est rare qu'on en obtienne d'heureux effets ; le plus souvent, les accidents continuent à s'aggraver, et si par extraordinaire une amélioration a lieu, elle est généralement si lente qu'on peut se demander s'il faut la rapporter à la médication onique ou l'attribuer aux efforts de la nature.

Les circonstances qui sont les plus favorables à l'emploi des toniques sont, d'après MM. Chomel et Louis, une chaleur peu élevée de la peau, un pouls peu fréquent ou même lent, une diarrhée légère et pas de météorisme. Quand ces conditions existent, dit M. Louis, la faiblesse semble d'autant plus facile à surmonter qu'elle est plus considérable. Je n'ai rien à ajouter à ces remarques, dont j'ai bien souvent vérifié toute la justesse. Les toniques les plus usités sont les vins généreux et le quinquina. Lorsque l'adynamie est médiocre ou lorsqu'il y a du délire, on donnera de préférence

les vins froids, tels que ceux de Bourgogne et de Bordeaux, mêlés aux boissons par quart, par tiers, par demie. Si l'adynamie est extrême, on y joindra l'usage des vins du Midi, tels que ceux de Madère, de Malaga, d'Alicante, de Bagnols, qu'on donne le plus souvent purs à la dose de 125 à 250 grammes. Le quinquina est un des toniques les plus puissants et dont on retire le plus d'avantage ; on le prescrit communément, sous la forme d'extrait sec ou mou, à la dose de 1 à 8 grammes : on peut même le porter quelquefois jusqu'à 30 ou 60 grammes en potion et en lavement. D'autres fois le quinquina est prescrit en infusion, en décoction, ou mieux encore en macération aqueuse qu'on édulcore avec le sirop de limon. On y joint souvent les lotions et fomentations vineuses ou avec l'eau-de-vie camphrée. Si la prostration était extrême, la peau froide, la vie près de s'éteindre, il faudrait alors ranimer le principe vital par des agents dont l'action est presque instantanée ; tels sont les préparations éthérées et le café. Dans tous les cas où l'emploi des toniques est indiqué, il faut procéder avec prudence et bien étudier leur action immédiate sur la circulation, la calorification et le tube digestif. Employés dans les circonstances que j'ai précisées et de la manière que j'ai dite, les toniques produisent souvent de véritables résurrections, et ramènent à la vie des malades qui étaient auparavant dans un état désespéré.

Il faut encore classer dans la médication *antiputride* l'emploi des chlorures alcalins, employés depuis la dose de quelques gouttes jusqu'à celle de 8 ou 10 grammes dans les potions et les tisanes, ainsi qu'en lavements, en lotions ou en bains; dans ce cas ils sont donnés à la dose de 60 à 120 grammes. On peut aussi entretenir une atmosphère de chlore autour du malade, en laissant sous le lit des chlorures ou en faisant des fumigations. Ce moyen, qui parut momentanément avoir quelque utilité dans les mains de M. Chomel, n'a pas justifié la confiance qu'il semblait d'abord mériter : aussi est-il aujourd'hui à peu près généralement abandonné.

Médication évacuante. — Les anciens médecins ont, tour à tour, adopté et proscrit l'emploi des évacuants dans le traitement des fièvres continues, suivant les théories qu'ils se formaient sur la nature de la maladie. Quoique partisans des saignées, la plupart voulaient pourtant qu'on évacuât de temps en temps le tube digestif, pour le débarrasser des matières âcres et septiques qu'il contenait ; Fizes même évacuait dès le début de la fièvre, il purgeait tous les deux jours, et donnait souvent une infusion de séné dans l'intervalle. Mais cette pratique fut généralement abandonnée, quoiqu'elle comptât parmi ses défenseurs Rivière, Huxham, Pringle, Baglivi, Stoll, Tissot et une foule d'autres praticiens éminents. Les préventions contre les évacuants étaient si grandes il y a peu d'années encore que MM. Bretonneau et Lerminier, qui, presque seuls, avaient conservé les anciennes traditions, n'avaient pu parvenir à rassurer les médecins contre les dangers qu'on attribuait aux substances purgatives mises en contact avec les surfaces ulcérées des intestins. Mais dans ces derniers temps, M. Delarroque, ancien médecin à l'hôpital Necker, a démontré combien ces craintes étaient mal fondées, et il a prouvé par une série considérable

de faits bien observés les bienfaits de la méthode évacuante dans le traitement des fièvres graves. Ce médecin administre les remèdes dont je parle dans toutes les formes et à toutes les périodes de la maladie, dans tout son cours, et jusqu'à complète convalescence. En général, M. Delarroque commence le traitement par un éméto-cathartique ; puis les malades prennent tous les jours une bouteille d'eau de Sedlitz, ou 30 grammes d'huile de ricin, de crème de tartre, ou 2 grammes de calomel. Les douleurs de ventre, les coliques, la diarrhée, le météorisme, loin de contre-indiquer l'usage des purgatifs, doivent, au contraire, engager à y recourir. Si, par extraordinaire, les purgatifs augmentaient les coliques, ou produisaient des superpurgations, on conseille d'en suspendre l'emploi pendant vingt-quatre heures. M. Delarroque joint à ces moyens les boissons douces, les cataplasmes sur le ventre et il donne les toniques dès que la fièvre s'est amendée. En suivant le traitement dont je parle, M. Delarroque n'a perdu qu'un dixième de ses malades. Les faits rapportés par cet honorable médecin méritent toute confiance : aussi sa méthode a-t-elle été essayée par beaucoup de praticiens à Paris, particulièrement par MM. Honoré, Gueneau de Mussy, Bricheteau, Beau, Piédagnel, Jadioux, Andral, Louis, etc., et tous ont reconnu les bons effets de la médication évacuante. M. Louis, après avoir analysé les principaux modes de traitement suivis dans la fièvre typhoïde, est porté à regarder les évacuants comme supérieurs aux autres moyens thérapeutiques. Non seulement, en effet, ils diminuent la mortalité, mais ils ont aussi pour résultat d'abréger la durée de la maladie. L'observation clinique m'a conduit aux mêmes résultats. Ainsi la fièvre typhoïde, *non épidémique*, traitée comme le conseille M. Delarroque, ne m'a donné dans ces dernières années qu'une mortalité de près d'un septième, résultat bien favorable, si je le compare à la méthode de l'expectation, ou à la méthode dite rationnelle, par laquelle j'ai perdu un quart de mes malades (1). La médication évacuante a aussi pour effet de hâter le moment de la convalescence, que j'ai vu se déclarer, terme moyen, du vingtième au vingt-deuxième jour de la maladie. Il est incontestable aussi que nulle autre médication ne produit des soulagements aussi marqués et aussi rapides dans une maladie d'ailleurs contre laquelle la thérapeutique a si peu de prise, qu'on a pu dire d'elle, avec juste raison, qu'elle était l'*opprobre de l'art.* Enfin j'ai en outre constaté que par l'emploi des purgatifs, on ne favorisait le développement d'aucune des complications, et que deux des accidents les plus graves, savoir, l'hémorrhagie et la perforation intestinale, étaient beaucoup plus rares que chez les malades soumis à d'autres traitements.

En France, les médecins qui ont adopté la méthode évacuante prescrivent généralement l'huile de ricin ou l'eau de Sedlitz ; en Allemagne et

(1) Je dois déclarer pourtant que, depuis la publication de la seconde édition de ce livre, ayant continué à traiter la fièvre typhoïde par la méthode évacuante, j'ai eu à déplorer une mortalité un peu plus considérable que dans les années précédentes. Elle s'est élevée, en effet, à un sixième environ.

dans quelques parties de la Suisse, le calomel jouit d'une plus grande faveur; c'est le médicament que MM. Lombart et Fauconnet préfèrent. Ils affirment n'avoir eu chez les individus qui en ont pris qu'une mortalité de 9 sur 100. M. le docteur Sicherer aurait obtenu, à l'hôpital de Heilbronn, des résultats encore plus satisfaisants; car il n'aurait perdu que 19 malades sur 640. Mais ces chiffres seuls doivent nous inspirer quelques doutes légitimes sur l'exactitude du diagnostic. Quoi qu'il en soit, les auteurs allemands, entre autres avantages, attribuent au calomel la propriété de prévenir les accidents cérébraux. MM. Lombard et Fauconnet pensent que l'action du médicament est plutôt due à une modification générale qu'à un simple effet purgatif; cette opinion est fort contestable. D'ailleurs, ayant récemment expérimenté moi-même le calomel dans les cas dont nous parlons, je l'ai trouvé purgatif inconstant, infidèle, et augmentant la mortalité plutôt qu'il ne la diminue.

Les purgatifs, qui sont si utiles dans le traitement des fièvres typhoïdes de l'adulte, paraissent au contraire échouer, et peut-être même être nuisibles chez les enfants. C'est ce qui semble du moins résulter des observations de MM. Barthez et Rilliet, qui accusent les purgatifs de provoquer l'inflammation de l'intestin (accident inconnu chez l'adulte) et de n'exercer une influence manifeste ni sur aucun des symptômes en particulier, ni sur la durée et la terminaison de la maladie. Cependant cette question mérite d'être encore étudiée, d'autant plus que M. Taupin a reconnu, au contraire, au traitement évacuant une véritable efficacité.

Dans ce livre, où je ne dois m'occuper que des points pratiques, je ne rechercherai pas si les purgatifs sont utiles, en évacuant les impuretés, en favorisant la chute des escarres, en détergeant la surface des ulcérations. Je ne sais, en vérité, pourquoi et comment les purgatifs sont avantageux; mais il suffit d'avoir démontré leurs avantages pour qu'ils soient adoptés désormais par les praticiens.

De ce qui précède on ne devrait pas conclure pourtant que je fais de la médication évacuante une méthode exclusive; mais je soutiens qu'elle est généralement avantageuse, et j'ajoute que si on était condamné à suivre pour tous les malades un traitement uniforme, il faudrait adopter celui-là et le préférer sans hésiter à l'expectation, aux antiphlogistiques, et à la méthode dite rationnelle. Cependant les purgatifs peuvent être contre-indiqués : ils le sont, par exemple, quand les selles sont très fréquentes, lorsqu'il existe une hémorrhagie intestinale ou des signes de perforation. La médication évacuante n'exclut pas d'ailleurs, comme on l'a cru, l'emploi des saignées. Lorsqu'en effet le sujet est vigoureux, que le pouls est large et dur, il faut avant tout obéir à l'indication de tirer une ou deux fois du sang. Enfin les évacuants, qui sont généralement plus avantageux dans les formes bilieuse et adynamique que dans la forme ataxique, échouent quelquefois dans certaines constitutions épidémiques. C'est ce que j'observai pendant l'épidémie meurtrière de fièvre typhoïde qui régna à Paris dans les mois de juillet et d'août de l'année 1842. Je perdis alors par les purgatifs la moitié des malades que je traitai à l'Hôtel-Dieu; mais il est juste

de dire que les autres méthodes échouaient de même contre l'affection, qui était remarquable par la prédominance des symptômes ataxiques.

Traitement de quelques symptômes ou accidents particuliers, et des complications. — Il est quelques symptômes ou quelques accidents contre lesquels on peut diriger avec avantage certains moyens : ainsi,

1° Lorsque les parois de la bouche sont encroûtées de fuliginosités de manière à gêner la parole et la déglutition, on les humecte avec un linge ou un pinceau imprégné d'un liquide émollient, et on les détache ensuite.

2° Les signes d'*embarras gastriques* seront avantageusement combattus par un éméto-cathartique.

3° Les purgatifs sont les meilleurs moyens pour combattre le météorisme. Nous prescrivons quelquefois aussi contre ce symptôme les frictions sur le ventre avec l'huile anisée ou de camomille, sans être pourtant encore bien édifié sur leur utilité. L'application de la glace sur l'abdomen nous paraît un moyen dangereux, et probablement sans efficacité. Enfin l'introduction de la sonde œsophagienne dans le rectum, qu'on a conseillée dans les cas graves, ne diminue presque jamais le météorisme.

4° La diarrhée ne doit pas être combattue, à moins qu'elle ne soit excessive, ce qui est rare. Dans ce cas, on aurait recours aux boissons mucilagineuses et légèrement astringentes, aux lavements amidonnés ou rendus plus sédatifs par l'addition de quelques gouttes de laudanum. En pareil cas MM. Lombard et Fauconnet se louent beaucoup d'un cataplasme sinapisé appliqué pendant six à huit heures sur le ventre.

5° Lorsque les signes de la perforation intestinale se déclarent, il faut que le malade reste immobile, qu'aucun poids ne pèse sur son ventre, qu'il soit privé de toute boisson ; on étanche la soif avec quelques tranches d'orange ou de citron ; enfin on donne l'opium à haute dose. Ainsi on commence à faire prendre 10 centigrammes d'opium, puis on administre d'heure en heure une pilule de 7 centigrammes jusqu'à effet narcotique ; les malades peuvent ingérer jusqu'à 10 ou 20 décigrammes d'extrait thébaïque sans éprouver même de la somnolence. Cette pratique a été mise en usage avec succès par les docteurs Graves et Stokes. Depuis cette époque, le docteur Griffin en Angleterre, MM. Chomel et Louis en France, paraissent avoir guéri chacun, par la même méthode, un malade qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, présenta tous les symptômes d'une perforation intestinale. Il convient donc, dans des cas pareils, de tenter la même médication, sans pourtant trop compter sur le succès.

6° *Hémorrhagies.* — Si les épistaxis étaient trop abondantes ou trop répétées, il faudrait, si elles résistaient à quelques applications froides sur le front, à des révulsifs sur les extrémités, opérer le tamponnement.

Lorsqu'il y a hémorrhagie intestinale, il convient de suspendre les purgatifs; les malades boiront de la limonade sulfurique froide ou à la glace ; on fera des applications froides sur le ventre, on donnera des lavements frais, et si l'hémorrhagie continuait, on aurait recours aux astringents, et surtout à l'extrait de ratanhia donné en potion et en lavement (2 à 8 grammes dans chaque).

7° *Accidents cérébraux.* — Parmi les accidents cérébraux, il n'y a guère que le délire contre lequel on dirige une médication spéciale. On emploie dans ce but les sangsues derrière les oreilles : cependant leur utilité est fort douteuse ; la glace sur la tête a peut-être un effet sédatif plus marqué. Le professeur Graves, de Dublin, a vanté l'émétique à haute dose ; mais cette médication n'a pas encore été suffisamment expérimentée. Quant aux vésicatoires qu'on met aux mollets ou aux cuisses, il est certain qu'ils ne concourent pas au rétablissement des fonctions cérébrables, et qu'ils sont impuissants pour relever les forces ; comme d'ailleurs le vésicatoire est un moyen très douloureux, que souvent sa surface s'ulcère ou se sphacèle, il convient de le bannir tout à fait du traitement de la fièvre typhoïde.

Les symptômes ataxiques n'indiquent aucun traitement spécial. Les moyens à employer sont subordonnés à l'état général du sujet ; ainsi, lorque les accidents nerveux coïncident avec une vive réaction fébrile, avec un pouls large et dur, il faut saigner prudemment ; si au contraire les symptômes adynamiques prédominent, on donnera les toniques. Nous avons très rarement dans ce cas obtenu quelque résultat avantageux du camphre en lavement (4 à 8 grammes) et du musc en potion (50 centigrammes à 1 gramme) ; toutefois nous continuons à donner ces remèdes plutôt pour l'acquit de notre conscience que dans l'espoir de modifier les accidents cérébraux. Nous en dirons autant des affusions froides, qui semblent parfois apporter un calme momentané et diminuer la température de la peau ; mais cet amendement, d'ailleurs peu marqué, n'a presque toujours qu'une durée éphémère. Quant aux irrigations continues d'eau froide sur la tête conseillées par M. Récamier, nous les regardons comme toujours inutiles, et souvent elles sont dangereuses.

8° *Accidents du côté des organes respiratoires.* — Pour éviter la stase sanguine qui tend à se faire vers les parties déclives, il importe de varier le décubitus le plus possible. Si la bronchite est générale et si elle s'accompagne de beaucoup de gêne dans la respiration, quelques doses d'émétique administrées de manière à provoquer des efforts de vomissement, une potion de kermès (de 30 à 50 centigrammes) et un large vésicatoire sur le sternum, m'ont paru les moyens les plus efficaces. Si une pneumonie se déclare, son traitement sera subordonné à l'état général du sujet, c'est-à-dire qu'on prescrira les saignées ou les toniques, suivant les indications. J'ai, en effet, prouvé aux pages 730 et suivantes du *Traité de la pneumonie*, qu'il y avait souvent utilité à négliger la lésion locale, à ne pas s'en inquiéter, pour ne s'occuper que de l'état général.

9° *Rétention d'urine.* — Il faut souvent explorer la région hypogastrique par le palper et la percussion, pour s'assurer que l'organe n'est pas distendu par l'urine ; s'il en était autrement, on se hâterait d'évacuer le liquide par le cathétérisme.

10° *Escarres.* — Pour prévenir ce grave accident, il faut changer souvent les malades de position, veiller à ce que la peau ne soit pas souillée par le contact des matières fécales ; on lavera fréquemment les parties avec de l'eau aiguisée par un peu d'eau-de-vie ou par du vin rouge. Si,

malgré ces précautions, le sacrum s'excorie, on disposera le lit de manière que les parties malades ne supportent plus la pression du corps, ou bien on se servira de coussins élastiques, ou d'un lit mécanique, suivant l'état de fortune des individus. L'escarre sera lavée avec du vin aromatique et saupoudrée de quinquina; lorsque les parties sphacelées sont éliminées, on panse la plaie avec du cérat, à moins que, prenant un aspect blafard, il ne convienne de faire des lotions stimulantes et des pansements avec du styrax ou avec un onguent détersif.

Convalescence. — Le traitement de la convalescence n'offre rien de spécial : seulement, comme les malades éprouvent souvent un appétit vorace, et qu'il y aurait danger à le satisfaire, il importe de les surveiller avec le plus grand soin.

On voit donc, d'après ce qui précède, que nous sommes partisan d'une médecine active dans le traitement des fièvres typhoïdes. Nous sommes convaincu qu'il est au pouvoir de notre art de diminuer la mortalité et d'abréger la durée de la maladie. Mais, tout en recommandant l'utile intervention de la médecine, nous ne sommes pas de ceux qui en exagèrent la puissance, et qui croient, par exemple, qu'on peut arrêter la maladie brusquement dans son cours, *la juguler*, pour me servir de la locution qui leur est familière. Pour nous, nous nions formellement ces miracles, et nous soutenons que ces fièvres typhoïdes qu'on a prétendu avoir enlevées dans le premier septénaire, n'étaient autre chose que des embarras gastriques avec fièvre; c'est sur une erreur de diagnostic que repose tout leur succès thérapeutique.

Nature de la maladie. — La fièvre typhoïde est anatomiquement caractérisée par une lésion de nature inflammatoire, siégeant dans les follicules intestinaux et les ganglions mésentériques. M. Louis regarde cette lésion comme constante, tandis que, suivant MM. Chomel, Andral, Dalmas, elle pourrait manquer quelquefois. M. Chomel ayant vu quelques sujets succomber, bien qu'il n'y eût de malades que deux, qu'une seule, qu'une portion même d'une seule plaque, avait été conduit à croire à la possibilité de l'absence de toute lésion de ce genre. Il avait d'ailleurs été confirmé dans son opinion par quelques faits recueillis par MM. Andral et Louis, et relatifs à des individus qui, ayant succombé après avoir offert beaucoup de symptômes propres à la fièvre typhoïde, ne présentèrent cependant à l'autopsie aucune des lésions intestinales qui la caractérisent (1). Je disais, dans la première édition de cet ouvage, avoir moi-même vu deux faits semblables; mais j'objectais que les phénomènes observés n'ayant pas été exactement ceux qu'on rencontre dans l'affection typhoïde, on devait regarder ces cas comme appartenant à une autre maladie, à une affection non encore déterminée. Je pense de même aujourd'hui. Cependant j'ai retrouvé dans mes notes un fait bien autrement important pour la solution de la question que nous agitons. Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans

(1) Voir l'observ. 52, dans le *Traité* de M. Louis, et l'observ. de M. Andral, *Clinique*, t. I. p. 306, 4e édit., observ. 65e.

qui, en 1835, succomba à l'Hôtel-Dieu, dans la salle de M. Caillard, au vingt-septième jour d'une fièvre continue, et qui, ayant présenté pendant la vie tous les symptômes des fièvres typhoïdes graves, céphalalgie intense, mais sans épistaxis, vertiges, prostration, insomnie, rêvasseries, surdité, délire, langue aride, fuliginosités de la bouche, diarrhée, météorisme, râle sibilant, sudamina nombreux, quelques taches rosées, gangrène du sacrum, de la verge et des bourses, ne présenta cependant à l'autopsie aucune lésion caractéristique des follicules et des ganglions mésentériques; la rate seule était diffluente et avait un volume plus considérable. Ce fait unique me porterait à croire, comme M. Chomel, que la lésion intestinale n'est pas indispensable pour caractériser la fièvre typhoïde, puisque, dans quelques cas excessivement rares, elle peut manquer. Cependant, si la lésion des follicules intestinaux n'est pas constante dans la rigoureuse acception de ce mot, redisons encore, en empruntant les paroles mêmes de M. Chomel, qu'il est extrêmement rare qu'elle manque entièrement, et qu'il n'existe pas un seul exemple authentique de cette lésion chez un sujet qui n'aurait pas offert les symptômes de la fièvre typhoïde. Une circonstance qui a beaucoup contribué à faire élever quelques doutes sur la valeur de l'altération des glandes de Peyer, c'est l'assertion des médecins de Londres, d'Édimbourg et de Dublin, qui ont prétendu que l'altération des plaques intestinales manquait fréquemment chez les sujets de leur pays qui ont présenté pendant la vie les symptômes de l'affection typhoïde. Mais aujourd'hui il est prouvé par les faits cliniques recueillis à Londres par notre ami Schattuck, de Boston, et analysés par M. Valleix, ainsi que par les travaux des docteurs Gerhard et Pennok, de Philadelphie, qu'il existe aux États-Unis et en Angleterre deux affections fébriles, confondues jusqu'ici sous le nom de *typhus fever*, mais réellement distinctes, et qui ne se ressemblent que par les phénomènes généraux : l'une, affectant les sujets jeunes, est la fièvre typhoïde telle que nous l'observons ici; l'autre, commune à tous les âges, est une maladie distincte de la précédente : c'est le typhus fever, que nous décrirons plus bas.

On s'est demandé si l'altération des follicules intestinaux était primitive, comme le sont les lésions dans la plupart des phlegmasies, ou bien si elle était consécutive à un état général au même titre que l'éruption variolique, dont on l'a rapprochée. Cette dernière supposition paraîtra la plus probable, si on se rappelle que la fièvre typhoïde est l'effet de l'action d'une cause spécifique qui agit primitivement sur tout l'organisme, du moins dans l'immense majorité des cas. Cette assimilation de la dothinentérie avec les fièvres éruptives, et avec la variole spécialement, a été faite surtout par M. Bretonneau. On ne peut, en effet, s'empêcher de reconnaître entre ces maladies la plus grande analogie. Comme la variole, la fièvre typhoïde est contagieuse; elle ne paraît jamais attaquer qu'une seule fois le même individu. Il est peut-être peu de personnes qui n'en soient tôt ou tard atteintes. Enfin, sévissant préférablement à certaines époques de la vie, il y a un âge au-delà duquel elle devient si rare qu'elle y est presque inconnue.

La lésion intestinale ne constitue donc pas toute la maladie; car très fréquemment il n'y a aucun rapport entre la gravité des symptômes et l'étendue des altérations de l'intestin. Ainsi, nous avons vu avec M. Chomel la mort survenir, bien qu'il n'y eût qu'une seule plaque de malade, et, d'autre part, on voit souvent chez des sujets morts par une cause accidentelle des lésions étendues, tandis que les symptômes, pendant la vie, avaient une gravité moyenne. Il existe, en outre, dans le cours de la maladie, une foule de phénomènes morbides qui ne s'expliquent que par l'intervention d'une cause générale, encore inconnue dans son essence et son siége, et qui est placée par les uns dans le système nerveux, tandis que le plus grand nombre la considèrent, et cela avec raison, je crois, comme n'étant autre qu'une altération du sang encore indéterminée, mais qui réagit à son tour sur le système nerveux et sur tout l'organisme à la fois. Cette altération du sang résulterait, d'après les uns, de l'introduction dans l'économie d'un principe toxique, d'un agent délétère venu du dehors. Suivant M. Delarroque, au contraire, ce serait la bile altérée, acrimonieuse, qui lèserait le tube digestif, et ce serait à la résorption des matières septiques contenues dans l'intestin qu'il faudrait rapporter l'altération consécutive du sang, qui influence d'une manière si profonde tous les appareils organiques. M. Delarroque compare ces effets à ceux qui résultent de l'injection de matières putrides dans le système circulatoire des animaux. Ces deux théories sont également soutenables; mais comme il est impossible d'arriver à la démonstration du fait sur lequel l'un et l'autre se fondent, nous croyons inutile d'insister davantage sur ce sujet. (Voir plus haut ce que nous avons dit des effets des altérations du sang dans les pyrexies.)

La fièvre typhoïde et le typhus ou *peste d'Europe*, *sont-ils deux maladies distinctes?* — Les anciens médecins, ceux mêmes qui ont illustré les deux derniers siècles, tels que Sydenham, Cullen, Chirac, Stoll, regardaient le typhus comme n'étant qu'une variété de la fièvre putride ou maligne (fièvre typhoïde). Cependant, au commencement de ce siècle, J. Frank, et surtout Hildenbrand, ont considéré le typhus comme une maladie spéciale, différant essentiellement des autres fièvres. Cette doctrine était généralement adoptée, lorsqu'en 1834 M. Chomel, se fondant sur l'analogie qui existe entre les symptômes du typhus et ceux de la fièvre typhoïde, regarda comme une *chose probable* l'identité des deux maladies. Cette présomption du célèbre professeur a paru acquérir un certain degré de probabilité depuis la publication du beau travail de M. Gaultier de Claubry, et de l'excellente relation qu'un habile médecin de Reims, M. Landouzy, a donnée dans les *Archives de* 1842, d'une épidémie de typhus qui régna dans la prison de cette ville en 1839 et 1840. Cette opinion a aussi trouvé en Allemagne un défenseur dans la personne du docteur Kuchler, qui, dans le journal *Medicinische Annalen* pour 1844, a également soutenu l'identité du typhus contagieux et de la fièvre typhoïde.

Comparaison qu'on a faite du typhus et de la fièvre typhoïde. — Le typhus, comme la fièvre typhoïde, débutent par une céphalalgie intense, par la stupeur et la prostration des forces. On observe dans l'un et dans l'autre,

et à peu près au même degré, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité et des épistaxis; ces derniers pourtant sont peut-être un peu moins fréquents dans le typhus. La somnolence, le coma et le délire sont des symptômes également communs aux deux maladies. Il paraît constant seulement que dans le typhus les troubles de l'intelligence se manifestent plus tôt que dans la fièvre typhoïde. Dans l'un et dans l'autre encore on constate une éruption de taches rosées lenticulaires, accompagnées ou non de pétéchies. La seule différence qui existerait pour ce symptôme dans les deux maladies, c'est que dans le typhus l'éruption des taches lenticulaires se fait dès le quatrième jour, c'est-à-dire plus tôt que dans la fièvre typhoïde, où communément elle est moins abondante et moins générale. En outre, les pétéchies sont aussi rares dans la fièvre typhoïde qu'elles sont communes dans le typhus, tandis que l'inverse a lieu pour les sudamina. Dans les deux affections, la langue se dessèche et brunit, et les dents s'encroûtent de fuliginosités. Il y a de la soif, de l'anorexie, et parfois des vomissements, mais les autres troubles des organes digestifs, comme les coliques, la diarrhée, le météorisme, le gargouillement dans la fosse iliaque, qui sont des phénomènes presque constants dans la fièvre typhoïde, manquent, au contraire, fréquemment dans le typhus. C'est ainsi que M. Landouzy ne les a point rencontrés dans l'épidémie de Reims : la diarrhée seule a été notée quatre fois, M. Gaultier de Claubry regarde, au contraire, ces symptômes comme étant ordinaires dans l'affection dont nous parlons. Du côté des voies circulatoires et respiratoires, on n'a noté au contraire, aucune différence : ainsi c'est dans les deux affections le même appareil fébrile, le même râle sibilant, intense et généralisé ; les poumons ont la même tendance à s'enflammer ; toutefois la pneumonie serait peut-être moins commune dans le typhus que dans la fièvre typhoïde ; mais il faut attribuer cela à la marche plus rapide que suit le premier, ce qui ne donne pas à certaines complications le temps de se développer. Il semble également constant, et cela pour la même raison, que les hémorrhagies et les perforations intestinales, et peut-être aussi les escarres, sont des accidents moins communs dans le typhus que dans la fièvre typhoïde. D'après certains auteurs, il paraîtrait que dans le premier on observe assez souvent des parotides; toutefois, ce symptôme manque fréquemment ; il n'est pas d'ailleurs spécial au typhus, car on l'observe quelquefois dans les fièvres typhoïdes ordinaires. Il en est de même d'une *odeur de souris* qu'exhalent les malades, caractère auquel M. Landouzy a attaché trop d'importance, puisqu'on le retrouve parfois aussi marqué dans les fièvres typhoïdes ou dans de simples affections cérébrales. Dans l'une comme dans l'autre, la marche peut être rapide ou lente ; toutefois, il est vrai de dire que le typhus est généralement plus promptement funeste ; ce qui ne peut constituer qu'une différence de degré ou d'intensité, dépendant probablement du caractère épidémique de la maladie dans le second cas, et des causes plus graves qui président à son développement. Quant aux variétés, M. Gaultier de Claubry a encore établi que le typhus affecte les mêmes formes que la fièvre typhoïde, qu'il n'atteint guère que les jeunes sujets,

et que, si on dit l'avoir vu rarement chez des individus ayant plus de cinquante ans, il n'est pas bien sûr qu'il n'y ait pas eu dans ces cas erreur de diagnostic. Le typhus, comme la fièvre typhoïde, ne récidive peut-être jamais. Enfin, l'un et l'autre sont contagieux. Si quelques incrédules peuvent encore nier la contagion de la fièvre typhoïde, il n'est aucun homme sensé qui doute de la contagion du typhus, pouvant s'effectuer par le contact, par l'air, par les hardes et par les meubles.

Le travail de M. Gaultier de Claubry est surtout remarquable en ce qu'après avoir établi qu'il y avait analogie dans les symptômes des deux maladies, il a semblé démontrer l'identité de celles-ci sous le rapport anatomique. En effet, sur *seize* auteurs qui nous ont laissé des descriptions sur les lésions cadavériques observées chez les sujets emportés par le typhus, il y en a *quinze*, d'après lui, qui signaleraient une coloration rouge, livide et violette, et l'existence d'escarres et d'ulcérations profondes, intéressant au moins deux des tuniques intestinales, et siégeant surtout au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Deux auteurs au moins signalent aussi le gonflement et le ramollissement des ganglions mésentériques correspondants, ainsi que l'augmentation de volume et le ramollissement de la rate.

M. Landouzy ayant, dans l'épidémie de Reims, pratiqué six nécropsies a trouvé du côté des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques toutes les lésions qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde, depuis le développement des plaques jusqu'à leur ulcération ; la rate seule était peu ou point altérée ; car si quatre fois sur six elle a paru un peu ramollie, son volume du moins n'était point augmenté. Enfin l'encéphale, le foie, les appareils respiratoire et circulatoire, offraient l'aspect et les altérations qu'on rencontre le plus communément dans la fièvre typhoïde.

Les faits qui précèdent sont importants, mais sont-ils suffisants cependant pour résoudre la question d'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Je l'ai cru jusqu'à présent : cependant quelques doutes se sont élevés dans mon esprit à l'occasion des faits que m'a communiqués mon ami M. Henri Guéneau de Mussy, faits qu'il doit prochainement publier. Ayant relu d'ailleurs la relation de M. Landouzy, il m'a paru que l'affection que ce médecin a si bien décrite appartenait plutôt à la fièvre typhoïde qu'au typhus lui-même. Peut-être en est-il de même de quelques unes des descriptions sur lesquelles M. Gaultier de Claubry s'appuie pour étayer sa doctrine. On voit donc qu'il est nécessaire de posséder des faits plus concluants, et avant de trancher la question d'identité entre le typus et la fièvre typhoïde, il importe de recueillir de nouveaux témoignagnes. S'il est vrai, comme le croit M. Guéneau de Mussy, que le typhus fever d'Irlande ne soit autre chose que le typhus des armées décrit par Hildenbrand, on aurait de fréquentes occasions pour résoudre un problème dont la solution divise encore en deux camps les médecins français. (*Lisez l'article suivant*).

DE LA FIÈVRE CONTINUE D'ANGLETERRE, OU TYPHUS FEVER.

Il règne endémiquement en Angleterre, et surtout en Irlande, une fièvre continue grave, rare dans l'enfance, mais pouvant affecter tous les autres âges, ne se révélant à l'autopsie par aucune lésion constante, et qui est caractérisée pendant la vie par la céphalalgie au début, par la prostration des forces, par divers troubles cérébraux, tels que du délire, de l'insomnie ou de la somnolence, et par une éruption particulière à la surface de la peau.

Cette affection, qu'on rencontre aussi quelquefois aux États-Unis, mais peut-être seulement à l'état épidémique, a été confondue dans ces derniers temps avec la fièvre typhoïde, non seulement par quelques médecins anglais, mais encore par plusieurs de nos compatriotes qui avaient eu l'occasion de l'observer dans les hôpitaux de la Grande-Bretagne. Cependant une observation plus rigoureuse n'a pas tardé à faire connaître que l'on confondait sous la même dénomination de *typhus fever* ou *continued fever* deux maladies essentiellement distinctes par les symptômes, la marche, les lésions anatomiques et l'étiologie : l'une n'est autre que la fièvre typhoïde, ne différant en rien de celle que nous observons ici ; l'autre, inconnue en France, n'a aucun rapport avec la première, et c'est à elle seule qu'il faut réserver la dénomination de *typhus fever*. Cette distinction de deux maladies regardées jusqu'à ce jour comme identiques a été parfaitement établie pour la première fois par le docteur Gerhard, dans la relation qu'il a donnée en 1837, dans *The American journal*, d'une épidémie de *typhus fever* qui régnait l'année précédente à Philadelphie (1), Depuis lui, un médecin également distingué, notre ami Shattuck, de Boston, a recueilli pendant son séjour à Londres des observations précieuses, qui ont confirmé les résultats de son compatriote. Ces observations se trouvent consignées dans le tome V (3e série) des *Archives générales de médecine*. M. le docteur Valleix, qui les a fait connaître, les a accompagnées de réflexions qu'on lira avec intérêt. Les faits rapportés par les deux auteurs américains ont pour nous d'autant plus de valeur, que nous connaissons personnellement et avons été à même d'apprécier le talent d'observation de ces médecins distingués, qui, ayant d'ailleurs longtemps séjourné à Paris, ont appris à connaître notre fièvre typhoïde, qu'ils ont retrouvée avec les mêmes caractères anatomiques et symptomatiques en Angleterre, aussi bien que dans les États de l'Union. Enfin, tout récemment (août 1847), M. Henri Guéneau de Mussy, mu par de nobles sentiments, est allé étudié le typhus fever qui décimait la malheureuse Irlande, et il a confirmé pleinement la distinction que nous venons d'établir entre la fièvre typhoïde et le typhus fever, qui sont en Angleterre deux maladies parfaitement connues, et que les médecins de ce pays savent aujourd'hui généralement bien distinguer.

(1) Traduit par le docteur Bell, dans le journal *l'Expérience*, première année, p. 241 et 305.

Lésions cadavériques. — Chez les sujets qui succombent au *typhus fever*, on ne trouve dans les solides aucune altération constante; la lésion des follicules de Peyer et de Brunner et celle des ganglions mésentériques, qui forment le caractère anatomique de l'affection typhoïde, *manque constamment.* Cependant dans le numéro d'août 1842 du *London and Edinburgh Monthly Journal*, le professeur Reid établit que sur cent trente-deux sujets morts du typhus fever, il a trouvé huit fois les altérations caractéristiques de la fièvre typhoïde. Mais il est évident qu'il faut exclure ces derniers cas qui ont été rapportés au *typhus fever* par suite de l'idée préconçue qu'a le docteur Reid que la fièvre typhoïde ne règne pas à Édimbourg; opinion qui se trouve aujourd'hui tout à fait controuvée.

La muqueuse gastro-intestinale est donc presque toujours intacte dans la maladie dont nous parlons, M. Gerhard a même remarqué que celle de l'intestin grêle était moins souvent altérée qu'après toute autre maladie fébrile. La rate elle-même est généralement saine, parfois elle est plus ou moins ramollie; il est plus rare de la trouver augmentée de volume. Lorsque ces lésions existent, elles ne sont jamais comparables à celles qu'on rencontre vers le même viscère dans les cas de fièvre typhoïde. Enfin les organes pectoraux sont souvent, d'après le témoignage de M. Guéneau de Mussy, le siége d'altérations diverses. Ainsi les cavités gauches du cœur sont ramollies ou friables, et les poumons sont tantôt engoués, tantôt hépatisés, tantôt splénisés, ou le siége de noyaux apoplectiques. Mais de toutes ces lésions aucune n'est constante, et ne peut être regardée comme constituant le caractère anatomique de l'affection.

Symptômes.—Les malades éprouvent, au début de l'affection, de la céphalalgie, de la courbature, des frissons et de la fièvre; leurs forces sont prostrées; ils tombent dans l'abattement; les troubles des organes des sens, tels que les vertiges, les bourdonnements d'oreilles et la surdité, sont très variables; car tantôt ils manquent ou sont à peine marqués, comme dans les faits rapportés par M. Shattuck, tandis que d'autres fois, ainsi que M. Gerhard l'a vu, ils sont même plus intenses que dans la fièvre typhoïde. Tous les malades sont tourmentés par de l'insomnie, et présentent quelque trouble de l'intelligence; chez la plupart c'est un délire tranquille; quelques uns sont très agités, d'autres tombent dans un état de somnolence, de coma; leur figure exprime le plus souvent la stupeur; la face est violacée. Le tremblement général et les soubresauts des tendons sont des symptômes également ordinaires, surtout dans la forme épidémique de la maladie. La langue est presque toujours, dès le début, rouge, sèche, noirâtre, fendillée, et les dents sont encroûtées de fuliginosités; la soif est vive, l'appétit nul; le ventre est généralement souple, sans météorisme ni douleur; les vomissements sont rares ainsi que le gargouillement; la diarrhée, quoique fréquente, ne se montre pas ordinairement dans les premiers temps, à moins qu'on ne la provoque par l'administration des purgatifs. La respiration est parfois accélérée; quelques malades toussent; mais il est rare d'observer le râle sibilant, qu'il est si commun de voir dans le cours de la dothinentérie : cependant il n'est pas très rare, surtout pendant la saison froide,

que les poumons s'engouent et se splénisent à leur partie postérieure, ainsi que nous l'avons noté chez les individus atteints de fièvre typhoïde ; cet état anatomique doit se révéler par quelques phénomènes d'auscultation. Un symptôme qu'on doit regarder comme constant, puisqu'on l'a retrouvé jusqu'à présent chez tous les sujets chez lesquels on l'a recherché avec soin, consiste dans une éruption de taches nombreuses, disposées par groupes irréguliers, à la surface du corps, sur le tronc comme sur les membres. Elles sont arrondies, d'une grandeur variant depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un petit pois ; elles sont violettes ou d'un rouge foncé ; elles ne font aucun relief au-dessus de la peau et ne disparaissent pas ou du moins elles s'effacent très peu sous la pression du doigt. Cette éruption, qui, comme on le voit, n'a aucune ressemblance avec celle de la fièvre typhoïde, apparaît, d'après M. Gerhard, du sixième au huitième jour, et cesse rarement avant le vingtième ; souvent elle se prolonge jusqu'au vingt-cinquième ou trente et unième jour de la maladie. Les sudamina se rencontrent rarement chez les malades dont nous parlons. Le sang tiré des veines n'est point couenneux ; le caillot est mou, foncé ; il devient diffluent, à une époque avancée de la maladie : il est très probable que la proportion de fibrine doit avoir alors beaucoup diminué.

La maladie a une marche continue, offrant le plus souvent des exacerbations nocturnes. Elle se termine communément au bout de trois septénaires, tantôt un peu plus tôt, souvent plus tard, comme trente jours par exemple. Il n'est pas rare de voir apparaître des phénomènes véritablement critiques ; car une fois accomplis, ils apportent dans l'état des malades un changement radical, soit que les individus succombent, soit que d'un état des plus graves ils entrent presque sans transition en convalescence. Les phénomènes qui amènent le plus souvent ces changements sont la diaphorèse, une évacuation abondante d'urine et un sommeil profond.

Diagnostic. — On ne comprend vraiment pas comment le typhus fever a pu être si longtemps confondu avec la dothinentérie ; car, dans le premier, on trouve une éruption particulière, très remarquable et bien différente des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde. En outre, les symptômes abdominaux, qui, dans cette dernière, sont des phénomènes prédominants, et surviennent dès le début, manquent plus ou moins complétement dans la fièvre continue d'Angleterre. Il en est à peu près de même des accidents thoraciques, et peut-être du trouble des sens, surtout des épistaxis, qui manquent plus souvent, ou qui sont moins marqués dans celle-ci que dans notre fièvre typhoïde. Enfin il nous a semblé que, dans le typhus fever, il y avait beaucoup moins de tendance à la production des escarres, et surtout des ulcérations, accidents si communs dans le cours de la dothinentérie. En Amérique, le typhus fever pourrait être confondu avec la fièvre rémittente automnale ; toutefois on verra bientôt que celle-ci, par sa marche, son mode de terminaison et les circonstances dans lesquelles elle se déclare, se fera aisément distinguer de la première.

Le typhus fever se distingue-t-il du typhus des camps, dont Hildenbrand

a donné une description si exacte ? M. H. Guéneau de Mussy ne le croit pas. Ce médecin distingué s'appuie, pour soutenir l'identité des deux affections : 1° sur ce qu'elles naissent sous l'influence des mêmes causes : l'encombrement, l'entassement et la misère ; 2° sur ce qu'elles ont le même mode d'invasion, la même éruption, les mêmes complications, la même durée, les mêmes phénomènes critiques. Enfin, comme dernier trait de ressemblance, elles peuvent revêtir les mêmes variétés de forme ; c'est ainsi que, suivant les épidémies, on voit prédominer, tantôt la forme inflammatoire, tantôt c'est la forme ataxique ou bien la forme adynamique.

Pronostic. — Le typhus fever paraît avoir pour le moins la même gravité que la fièvre typhoïde. M. Guéneau de Mussy m'a dit que la maladie était souvent très bénigne chez les enfants.

Étiologie. — Tous les âges sont à peu près également exposés à contracter le typhus fever, et c'est encore là un caractère distinctif de cette maladie d'avec la fièvre typhoïde. Celle-ci, comme nous l'avons dit, a été vue à peine après l'âge de cinquante-cinq ans, tandis que le professeur Reid d'Édimbourg signale le typhus fever comme très commun chez les sujets âgés de soixante à soixante-quinze ans. Le sexe ne constitue point une prédisposition à la maladie. Celle-ci affecte surtout les individus de la classe pauvre adonnés à l'ivrognerie. La maladie est endémique en Irlande, où une population pauvre et dégradée est entassée dans des habitations, ou plutôt dans des caves humides, privées de lumière et d'air. L'acclimatement paraît être ici sans influence sur la production de la maladie. Le typhus fever est essentiellement contagieux.

Traitement. — D'après M. Gerhard, la saignée générale ne convient que dans quelques cas exceptionnels, tandis que la saignée locale, consistant surtout en ventouses à la nuque, est très utile pour combattre les congestions céphaliques ; il en est de même des sinapismes. Si la chaleur de la peau est forte, on la modérera par des lotions fraîches et des bains ; on donnera des boissons tempérantes gazeuses, qu'on remplace par les toniques et les cordiaux, aussitôt que les forces déclinent. M. W. Stoker insiste beaucoup, dans ces cas, sur l'usage du vin : il administre cette boisson lorsque la débilité est grande, et surtout lorsque les battements du cœur sont tellement obscurs que le premier bruit cesse d'être perçu. Les émétiques et les purgatifs, utiles quand l'indication de leur emploi est bien précise, paraissent sans avantage à M. Gerhard comme méthode générale de traitement.

Conclusion. — Le typhus fever est, à proprement parler, une fièvre essentielle dans toute la rigueur du mot ; c'est une maladie distincte de la fièvre typhoïde. On ne saurait donc, désormais, regarder ces maladies comme identiques, et s'autoriser de l'absence des lésions intestinales de la première pour contester la valeur de celles qui forment le caractère anatomique de la seconde. Enfin le typhus fever, qu'il soit identique ou non au typhus décrit par Hildenbrand, s'éloigne de toutes les maladies aiguës fébriles, par l'absence d'une lésion constante, d'un caractère anatomique

quelconque et parce que dans son cours il n'y a nulle proportion entre le mouvement fébrile et la fréquence des lésions secondaires.

DE LA FIÈVRE BILIEUSE DES PAYS CHAUDS.

La fièvre bilieuse des climats chauds, aussi nommée *fièvre rémittente bilieuse* ou *grande endémique des pays intertropicaux*, est une des maladies les plus communes et aussi l'une des plus meurtrières des pays chauds. On l'observe surtout dans la presqu'île du Gange, dans les provinces sud des États-Unis et sur la côte d'Afrique ; en Europe, sur le littoral de l'Italie et de l'Espagne : d'où lui vient la dénomination de *fièvre méditerranée* que quelques médecins anglais lui ont imposée. Le *kausos* d'Hippocrate est peut-être, d'après M. Littré, une fièvre rémittente bilieuse.

Symptômes. — La fièvre bilieuse offre plusieurs degrés ; elle ressemble quelquefois par ses symptômes et son peu de gravité à l'embarras gastrique avec fièvre de ce climat ; elle présente néanmoins cette particularité, que la sécrétion biliaire est plus activée. Si, en effet, dans notre embarras gastrique on observe plutôt de simples nausées que des vomissements, si les vomissements sont rares et peu copieux, si la diarrhée est un symptôme beaucoup moins commun que la constipation, si la coloration jaune de la peau ne consiste qu'en une suffusion très légère et presque toujours circonscrite à quelques points de la face, il n'en est plus exactement de même pour la forme bénigne de la fièvre bilieuse des pays intertropicaux. Là, en effet, la supersécrétion de la bile est un phénomène très marqué : aussi la coloration jaune de la peau est plus générale et plus intense, les selles sont diarrhéiques et ne contiennent que de la bile verte, les vomissements sont plus fréquents et plus abondants.

Dans la forme plus grave (et c'est elle surtout qu'on prétend désigner quand on parle de la fièvre bilieuse), la maladie se déclare brusquement ou après quelques jours d'indisposition. Les individus sont alors accablés, ils ont des douleurs dans les lombes, ils ont perdu l'appétit, ont des alternatives de froid et de chaud. A ces symptômes succèdent bientôt une chaleur ardente par tout le corps, un pouls fréquent, une céphalalgie frontale ou sus-orbitaire souvent intense, une gêne extrême à travers la poitrine, une souffrance plus ou moins vive et une tension plus ou moins pénible à l'épigastre et aux hypochondres, spécialement à droite. La langue est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre ; il existe communément de la soif, des vomissements fréquents formés par une bile verte et filante, que les malades rendent parfois en quantité énorme. Il y a tantôt de la constipation, et tantôt une diarrhée bilieuse avec ou sans coliques ; une teinte ictérique plus ou moins marquée est répandue sur tout le corps ou occupe seulement le visage, surtout les conjonctives. Les facultés intellectuelles sont souvent intactes, mais dans beaucoup de cas il existe du coma, de la somnolence et surtout du délire ; dans certaines épidémies, ce symptôme est même prédominant et se déclare avec beaucoup de violence dès le début. Ces

accidents s'accroissent rarement d'une manière continue ; dans la plupart des cas, après avoir persisté avec violence, ils s'amendent pendant quelques heures ; cette rémission est marquée par une sueur copieuse ou simplement par de la moiteur. Les paroxysmes sont ordinairement quotidiens, doubles quotidiens ou tierces ; ils ont rarement un autre type. Mais souvent, à mesure que la maladie se prolonge, les rémissions sont de moins en moins marquées ; la langue alors se dessèche et brunit ; le pouls s'accélère encore, devient inégal, et intermittent ; les vomissements se rapprochent ; il y a des soubresauts des tendons, du délire ou du coma, et la mort arrive quelquefois avant la fin du premier septénaire, mais plus souvent dans le cours du second.

N'ayant jamais observé cette maladie, j'ai essayé d'en donner une idée exacte d'après les descriptions des auteurs anglais. Toutefois, quand on a parcouru quelques relations d'épidémie de fièvre bilieuse, on reconnaît, avec M. Littré, qu'il est difficile de tracer un tableau un peu complet de l'affection, tant la constitution, le climat, la saison, impriment de changements à sa physionomie.

Diagnostic. — La fièvre bilieuse paraît être d'un diagnostic généralement facile ; cependant, dans les pays où elle règne simultanément avec la fièvre jaune, on éprouve parfois beaucoup de peine à la distinguer de cette dernière (voir *Fièvre jaune*). Elle a aussi quelques points de contact avec la forme bilieuse de la fièvre rémittente ; voilà pourquoi quelques auteurs ont regardé ces trois affections (fièvre bilieuse, fièvre jaune et fièvre rémittente) comme ne constituant que des degrés ou des variétés d'une seule et même maladie. On pense bien que, n'ayant aucune expérience personnelle à cet égard, il nous est impossible de dire si cette opinion est fondée.

Pronostic. — La fièvre bilieuse est une maladie très grave, et qui fait un grand nombre de victimes parmi les Européens qui arrivent dans les Indes. Elle paraît néanmoins être moins meurtrière que la fièvre jaune.

Étiologie. — Une haute température réunie à l'humidité sont les deux conditions qui développent la fièvre bilieuse et la rendent endémique dans plusieurs contrées, et notamment dans le Gange. Elle paraît affecter surtout les étrangers.

Traitement. — Les purgatifs forment la base du traitement ; les plus usités sont un mélange de jalap en poudre et de calomel. On donne aussi ce dernier tout seul, jusqu'à ce qu'il excite le ptyalisme ; les vomitifs sont d'un usage moins général. Il en est de même de la saignée par la lancette, que beaucoup blâment, que tous conseillent de faire avec grande prudence, et en choisissant le moment le plus violent du paroxysme. Les saignées locales faites à l'épigastre et à l'hypochondre paraissent être assez généralement utiles. Les boissons fraîches, délayantes, et les bains doivent compléter le traitement. Quelques uns y joignent les diaphorétiques ; mais on blâme généralement leur emploi. Les toniques ne sont indiqués qu'à la période où la prostration est grande.

Nature. — Nous ne possédons aucun renseignement précis sur les alté-

rations qu'on trouve sur le cadavre de ceux qui succombent à la fièvre bilieuse : on parle de congestion et même d'inflammation du foie, de l'estomac, des conduits biliaires et de la veine porte ; mais rien n'est plus vaguement indiqué. Il reste donc à déterminer si la fièvre bilieuse a, comme la fièvre rémittente et la fièvre jaune, une lésion plus ou moins constante. Mais, sans vouloir rien préjuger à cet égard, et à quelque résultat d'ailleurs qu'on soit conduit par une observation ultérieure, nous croyons pouvoir admettre dès à présent que la fièvre bilieuse a une existence réelle, et qu'elle dépend d'une cause générale, comme le prouvent la multiplicité et la gravité des accidents qui la caractérisent. *A priori*, on ne saurait la considérer ni comme une gastrite ni comme une hépatite : car ces maladies, étudiées dans les mêmes climats, ont d'autres symptômes et une marche différente. D'ailleurs nous croyons que les inflammations et toutes les autres altérations qu'on peut observer sont secondaires, ou n'ont que la valeur que nous attribuons ici aux lésions intestinales dans les cas de fièvres graves. En raison de son caractère rémittent, on pourrait être tenté de considérer la fièvre bilieuse comme étant de même nature que la fièvre intermittente : mais d'une part la rémittence n'est pas un caractère constant, et de plus il est reconnu de chacun que le quinquina donné comme antipériodique est constamment nuisible.

DE LA FIÈVRE JAUNE.

Synonymie. — Fièvre de Siam ; fièvre icterique, maligne, matelote ; — gastro-hépatique ; — putride continue ; typhus d'Amerique ou icterique ou bilieux ; vomito nigro, vomito prieto des Espagnols, etc., etc.

Définition. — La fièvre jaune est une maladie propre aux climats chauds, elle y règne ordinairement épidémiquement, elle est spécialement caractérisée par une couleur jaune de la peau et par des vomissements noirs.

Historique. — La fièvre jaune a été complétement inconnue des anciens ; les premières notions que nous possédons sur cette redoutable maladie sont postérieures à la découverte du continent américain. Vaguement signalée lors du second voyage de Christophe Colomb (en 1493), elle fut longtemps confondue avec les autres maladies pestilentielles ; et ce ne fut guère que vers le milieu du XVII[e] siècle que les descriptions qu'on en donna eurent quelque précision. M. Moreau de Jonnès a calculé qu'en moins de quatre siècles on avait compté au moins deux cent soixante-quatorze grandes épidémies de fièvre jaune. Je mentionnerai entre autres celle qui, en 1793, sévit dans l'Amérique du nord, et spécialement à Philadelphie ; celles de Cadix, en 1800 et 1803 ; celle de Saint-Domingue, en 1801, si meurtrière pour nos soldats ; enfin, les épidémies de Barcelone, en 1802, et de Gibraltar, en 1828, sur lesquelles nous possédons les relations les plus complètes, et qui toutes ont été illustrées par le courage et le dévouement des médecins français. Parmi les nombreux travaux que nous devons à nos compatriotes, nous citerons surtout ceux de Devèze, de Dalmas,

d'Audouard, de Bailly, François et Pariset, les recherches de M. Louis, publiées d'abord en Amérique, par Shattuck, et insérées récemment dans le t. II des Mémoires de la Société médicale d'observation ; enfin, les documents que Chervin a recueillis avec un zèle, une persévérance et une sagacité rares, et qui sont surtout relatifs à l'étiologie et au mode de transmission de la maladie.

Anatomie pathologique. — L'état extérieur des cadavres est remarquable par une coloration jaune, particulièrement visible aux joues, aux aisselles et aux aines; on aperçoit aussi très souvent des pétéchies et de larges ecchymoses. Le sang est généralement noirâtre, fluide ou en caillots mous; tout porte à croire qu'il a perdu une partie de sa fibrine. Le système nerveux et les organes contenus dans la poitrine ne sont, en général, le siége d'aucune altération. Cependant M. Louis a fréquemment trouvé, pendant l'épidémie de Gibraltar, une exhalation sanguine dans le parenchyme pulmonaire, et plusieurs fois même il existait de véritables noyaux apoplectiques. Mais les lésions principales ou caractéristiques se remarquent du côté des viscères abdominaux. Ainsi l'estomac, plus ou moins distendu, contient une quantité de sang variable. Ce liquide est tantôt pur; le plus souvent il est brunâtre, noir, floconneux, plus ou moins altéré et d'une odeur aigrelette. M. Louis a trouvé du sang dans l'estomac chez les trois quarts environ des sujets : à Barcelone, on en rencontrait chez les sept dixièmes des cadavres. La muqueuse est parfois imprégnée de ce liquide et ecchymosée ; elle peut être injectée, ramollie, épaissie, ulcérée ; mais le plus souvent elle est intacte, et, dans le cas où elle est enflammée, cette lésion n'est jamais ni très intense ni étendue. Dans l'intestin grêle et le gros intestin, on retrouve encore de la matière noire, mais plus ou moins coagulée : M. Louis l'a rencontrée dans les deux tiers des cas. La muqueuse est aussi quelquefois ramollie; mais cette lésion est loin d'être constante, et lorsqu'elle existe, elle ne diffère pas de ce qu'on voit chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës. Le foie est l'organe qui éprouve les changements les plus remarquables. Quelques auteurs avaient déjà noté que ce viscère acquérait assez souvent une teinte jaune; mais c'est M. Louis qui, dans sa relation de l'épidémie de Gibraltar, a fait surtout connaître les altérations dont le foie était le siége chez les sujets emportés par la fièvre jaune. L'habile observateur dont je parle a trouvé que, chez tous les cadavres, le foie était plus ou moins décoloré, et offrait une coloration tantôt beurre frais, paille, café au lait, tantôt une teinte jaune, gomme-gutte ou couleur de moutarde, tantôt enfin une couleur orange et pistache. Cette décoloration était presque toujours générale; mais elle n'était pas exactement la même dans toute l'étendue de l'organe : elle coïncidait constamment avec un état anémique du foie : aussi la coupe de cet organe était sèche et d'un aspect aride; son tissu avait en général sa consistance normale. Cette altération n'avait aucun rapport avec l'état du duodénum. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de déterminer quelle est la nature et la cause de l'altération si remarquable du foie que je viens de décrire; mais tout semble prouver à M. Louis qu'elle

doit être considérée comme constituant le caractère anatomique de la fièvre jaune. Les observations de M. Louis ont été confirmées à la Martinique par le docteur Dutrouleau, médecin distingué de la marine, qui n'a pas vu l'altération du foie manquer une fois sur plus de cent autopsies. Mais M. Rufz, qui observait précisément dans la même épidémie (de 1839 à 1841), dit, au contraire, avoir trouvé le foie intact une fois sur trois. S'il en était ainsi, si l'altération du foie manquait dans une aussi forte proportion, si elle était subordonnée au génie épidémique de la maladie, il ne faudrait pas la regarder comme constituant le caractère anatomique essentiel de l'affection, mais comme étant seulement une lésion concomitante très fréquente. Pour terminer ce qui est relatif à l'anatomie pathologique, nous dirons que l'appareil biliaire est généralement intact; quelquefois pourtant on a trouvé la vésicule injectée, ramollie, pleine de sang. La rate est ordinairement saine; mais son volume est parfois considérablement augmenté, et son tissu plus friable. Les organes génitaux et urinaires sont presque toujours intacts; ils offrent seulement quelquefois des taches ecchymotiques.

Symptômes. Début. — En général, la fièvre jaune débute brusquement au milieu des occupations ordinaires de la vie, et au moment où l'on s'y attend le moins. Les malades éprouvent une céphalalgie plus ou moins intense, accompagnée de frissons, de douleurs contusives dans les membres et le dos. La chaleur succède bientôt aux frissons, la figure s'injecte, les yeux deviennent rouges et larmoyants, la soif est vive, il y a de l'anorexie, et parfois une douleur notable existe à l'épigastre. Les symptômes qui succèdent varient. Mais, pour procéder avec méthode, il importe de distinguer à la maladie deux périodes.

Première période.—Les symptômes précédents persistent et s'accroissent pour la plupart. Bientôt les malades accusent une douleur épigastrique plus ou moins vive, s'accompagnant de nausées et de vomissements blanchâtres, provoqués par l'ingestion des boissons. La langue est humide et limoneuse; il y a de la constipation; le sommeil est nul; beaucoup de malades sont agités et éprouvent une vive anxiété. Dans d'autres cas, il y a de la stupeur et une somnolence habituelle; les réponses sont lentes et pénibles; la langue et la lèvre inférieure sont tremblantes. Le pouls, plein, régulier, est médiocrement accéléré; quelquefois même sa fréquence est moindre que dans l'état normal; la chaleur de la peau est presque toujours faible; les téguments de la poitrine sont souvent injectés.

Seconde période. — Elle commence vers le quatrième jour; à l'injection des téguments succède une teinte jaunâtre de ces parties; bientôt des épistaxis ont lieu; les vomissements deviennent plus fréquents, et pour la première fois les matières qui sont rejetées sont en partie ou en totalité noirâtres, semblables à de la suie ou à du marc de café; elles ont un goût âcre qui brûle à la gorge; les selles sont également noirâtres. Le malaise et l'anxiété redoublent; parfois il y a des hoquets; les forces se prostrent; la chaleur diminue; l'urine n'est plus excrétée; des pétéchies, des ecchymoses, des plaques gangréneuses se montrent dans différents points du corps, et la

mort arrive au milieu de ce cortége de symptômes effrayants : tel est le tableau de la maladie. Cependant il importe de savoir que dans quelques épidémies certains autres symptômes ont été observés et ont prédominé : ainsi on a noté, tantôt un délire violent, tantôt une chaleur brûlante ; d'autres fois une soif inextinguible ; ou bien, comme cela eut lieu dans l'épidémie de Gibraltar, les forces sont généralement peu prostrées, de sorte que beaucoup de malades continuent à se lever et meurent pour ainsi dire sur pied.

Parmi les symptômes que je viens de décrire, on notera spécialement l'anxiété, le ralentissement du pouls, la coloration jaune et les hémorrhagies, surtout celles qui ont lieu par l'estomac. Cependant il ne faudrait pas regarder, avec quelques personnes, les vomissements noirs comme un symptôme essentiel de la maladie, puisque M. Louis les a vus manquer chez le tiers des sujets qui succombèrent ; mais les vomissements, abstraction faite des matières expulsées, sont un symptôme plus fréquent dans la fièvre jaune que dans aucune autre maladie aiguë, les affections de l'estomac étant exceptées.

Marche. — D'après la description qui précède, on voit que la fièvre jaune a une marche régulière et continue : cependant dans quelques épidémies on a noté des rémissions parfaitement caractérisées. On observe le plus souvent une simple rémittence ; le type intermittent est beaucoup plus rare, et on ne le remarque guère qu'au début. Dans certains cas, on voit assez fréquemment la transformation des différents types entre eux : c'est ce que MM. Chambolle et Chervin ont noté maintes fois à la Pointe-à-Pitre. Les rémissions surviennent spécialement au début et à la fin des épidémies.

Durée. — La durée de la fièvre jaune est de cinq à dix jours dans les cas graves ; elle est moindre si la maladie est bénigne.

Terminaisons. — La terminaison par la mort est annoncée par l'accroissement des symptômes graves que j'ai énumérés plus haut ; mais parfois aussi on voit les malades succomber après une amélioration apparente ; d'autres enfin meurent rapidement et d'une manière inattendue.

Lorsque la maladie a une heureuse issue, on voit les symptômes généraux et locaux cesser de s'accroître, ou perdre de leur intensité à une époque plus ou moins éloignée du début ; terme moyen, vers le cinquième jour. Alors la chaleur et la douleur épigastriques diminuent ; le pouls reprend sa fréquence ; la peau s'humecte, et l'appétit renaît avec les forces.

La convalescence est presque toujours longue, pénible, eu égard surtout au peu de durée de la maladie ; il s'écoule, en général, plusieurs semaines avant le rétablissement des forces. Des rechutes peuvent avoir lieu ; le plus souvent elles sont provoquées par quelque écart de régime ; toutefois elles sont assez rares.

Une première attaque de fièvre jaune ne préserve certainement pas d'une seconde ; cependant il résulte aujourd'hui des documents et des faits nombreux, particulièrement de ceux recueillis par M. Louis à Gibraltar, et par M. Dutrouleau à la Martinique, que la fièvre jaune est moins sujette à ré-

cidive que la variole elle-même, et qu'un individu qui en a été atteint, même au plus faible degré, en est, sauf quelques rares exceptions, préservé pour toujours.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre jaune ne présente généralement aucune difficulté. On ne pourra pas confondre la maladie avec une hépatite, car dans celle-ci le volume du foie est augmenté et une douleur plus ou moins vive existe dans l'hypochondre. Dans cette dernière affection, les symptômes généraux sont en outre moins graves et la marche est moins rapide. On verra également plus tard qu'il est impossible de confondre la fièvre jaune avec la gastrite simple. On dit que le typhus d'Amérique a beaucoup de rapport avec la fièvre bilieuse des pays chauds; plusieurs auteurs pensent même que ces deux maladies sont identiques, et ne diffèrent entre elles que par leur degré d'intensité : cependant dans la fièvre bilieuse l'ictère n'est jamais aussi marqué que dans la fièvre jaune; on n'observe jamais dans la première les vomissements noirs qui sont un phénomène prédominant dans la seconde. Toutefois il paraît que dans les pays où les deux maladies sont endémiques, les hommes les plus habiles sont souvent embarrassés pour établir une ligne de démarcation entre elles. Voilà pourquoi quelques uns les considèrent comme constituant des degrés ou des variétés d'une même affection.

Il serait impossible de confondre la fièvre jaune avec un accès de fièvre intermittente pernicieuse franche; cependant il paraît que, dans quelques cas, il est difficile de distinguer la fièvre jaune de certaines fièvres rémittentes ou sub-continues des pays chauds. Cette distinction, d'ailleurs, est d'autant plus difficile, que, dans beaucoup d'épidémies, ces deux affections coexistent manifestement ensemble, et quelquefois même on peut suivre aisément la transition ou la transformation des fièvres intermittentes en rémittentes, puis en continues, avec les symptômes ordinaires de la fièvre jaune. Toutefois disons par anticipation que dans la fièvre rémittente il n'y a pas de coloration jaune des téguments, que les vomissements sont bilieux, mais jamais noirâtres. La douleur et la tension des hypochondres, le refroidissement et l'état cyanique des extrémités, la rapidité avec laquelle la langue se dessèche et brunit, sont des caractères qui n'appartiennent pas à la fièvre jaune, et qui, au contraire, accompagnent la fièvre rémittente. Enfin, dans les temps d'épidémies, on pourra s'aider, pour établir le diagnostic, de l'ouverture des cadavres.

Pronostic. — La fièvre jaune est presque aussi meurtrière que la peste, mais la mortalité varie beaucoup dans les différentes épidémies, et pour chacune d'elles, suivant l'époque où on l'observe. En général, cette mortalité oscille entre un tiers et un sixième. Presque tous les auteurs sont unanimes pour regarder la maladie comme étant plus grave chez les hommes que chez les femmes (à part pourtant les femmes grosses); plus grave aussi chez les adultes que chez les enfants, chez les sujets robustes et pléthoriques que chez ceux dont la constitution est moins forte. Elle est aussi incomparablement plus meurtrière chez les étrangers que sur les gens du pays. M. Rufz rapporte que sur dix-huit créoles qu'il a traités dans les

dernières épidémies de la Martinique, il n'en a perdu que deux, tandis que la mortalité générale des malades traités à l'hôpital de la marine aurait été de un sur cinq, d'après le docteur Dutrouleau. Une habitation étroite, des chagrins, un corps épuisé par les privations et les fatigues, enfin une saison humide et chaude, sont tout autant de circonstances qui influent sur la terminaison fâcheuse de la maladie.

Les symptômes qui doivent être regardés comme étant d'un sinistre présage sont : les ecchymoses, les pétéchies, la gangrène, les hémorrhagies, les vomissements noirs, la suppression de l'urine, le coma, les syncopes, le refroidissement du corps, la prostration extrême; enfin beaucoup d'auteurs ont signalé l'ictère qui apparaissait de bonne heure comme étant d'un fâcheux augure.

Étiologie. — Dans l'étiologie de la fièvre jaune nous devons étudier : 1° les causes qui président à son développement primitif; 2° son mode de propagation.

La plupart des auteurs modernes, et surtout les médecins américains, admettent que deux causes sont *indispensables* pour la production de la fièvre jaune. Ces causes sont une grande élévation de température et un foyer d'infection, c'est-à-dire un centre de putréfaction produit par la décomposition des matières végétales et animales : aussi, disent-ils, est-ce spécialement sur les bords de la mer, des lacs et des grands fleuves que la fièvre jaune se montre. Nul doute que ces deux causes ne produisent le développement, et ne favorisent aussi la propagation du typhus d'Amérique; des faits nombreux l'ont prouvé. C'est ainsi que trop souvent on a vu des navires naviguant en pleine mer, dans les latitudes où la fièvre jaune a coutume de régner, et dans lesquels un foyer d'infection s'était accidentellement développé, être tout à coup envahis par la maladie. Cependant ces faits ne sauraient nous autoriser à regarder avec Chervin les deux causes dont je parle comme *essentielles*, et à croire qu'aucune épidémie de fièvre jaune ne saurait exister sans leur concours. Car, d'une part, il est des pays, tels que certaines provinces des Indes orientales, où se trouvent réunies au plus haut degré les causes d'insalubrité qu'on regarde comme engendrant la fièvre jaune, et cependant ce fléau a toujours respecté ces contrées, ou bien il y est à peine endémique; et, d'autre part, on cite divers pays sur le sol desquels on ne trouve aucun foyer d'infection, bien que la fièvre jaune s'y développe souvent : telles sont entre autres les îles Bermudes dans l'Amérique septentrionale. Enfin, il y a des contrées où ces causes sont permanentes, bien que la maladie ne s'y montre qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Il faut donc admettre que la cause intime du typhus d'Amérique ne nous est pas encore parfaitement connue.

Quoi qu'il en soit, la fièvre jaune est une maladie propre aux climats chauds, on ne l'a jamais observée au-delà du 48e degré de latitude. L'élévation du sol a une influence non moins remarquable sur son développement, puisqu'elle cesse d'exister dans les pays situés à plus de 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Elle sévit surtout dans les îles et le

continent américain, dans quelques parties de l'Afrique, comme le Sénégal, et parfois dans le midi de l'Europe, surtout en Espagne. Là où la fièvre jaune est endémique, on la voit régner souvent toute l'année ; la maladie n'atteint guère que les étrangers non encore acclimatés. Les indigènes n'en sont point pourtant à l'abri, mais ils y sont moins prédisposés. Les individus nouvellement débarqués sont d'autant plus aptes à contracter l'affection qu'ils arrivent d'un pays plus froid. Si la maladie se déclare dans des régions plus tempérées, en Europe par exemple, elle ne règne guère que pendant les saisons d'été et d'automne, et frappe indistinctement les indigènes et les étrangers, à part peut-être ceux qui sont récemment arrivés des pays tropicaux. Toutes choses égales d'ailleurs, la fièvre jaune fait plus de victimes chez les blancs que dans la race nègre. Le sexe masculin, l'âge adulte, la constitution forte et pléthorique, le régime exclusivement animal, l'usage des spiritueux, les fatigues et les émotions morales, sont autant de causes qui prédisposent à la maladie.

Le mode de transmission de la fièvre jaune est un point sur lequel on a beaucoup discuté depuis quarante ans. Aujourd'hui les médecins sont encore divisés en deux camps : les uns, en minorité, soutiennent que la maladie est contagieuse ; les autres, en très grand nombre, et en tête desquels se placent Chervin, Dalmas, Devèze, Valentin, Rush, etc., prétendent qu'elle ne peut jamais se propager par voie de contagion, que par conséquent elle ne peut être importée des Antilles dans notre Europe ; ils disent enfin que, née sous l'influence de causes tout à fait locales, elle vit et meurt dans le foyer plus ou moins circonscrit qui l'a vue naître. Une observation souvent répétée a prouvé, en effet, que dans le pays où la fièvre jaune est endémique, la maladie reste bornée au littoral et s'étend rarement dans l'intérieur des terres. Un individu qui quitte le foyer d'infection ne la transporte pas avec lui ; s'il en a rapporté le germe, il peut périr plus ou moins loin du centre de l'épidémie, mais il ne communique pas la maladie aux personnes qui l'entourent et le soignent ; en un mot, il paraît prouvé que les malades en sortant de la sphère du foyer ne peuvent l'agrandir, l'étendre au loin : ils ne peuvent enfin développer par eux-mêmes un nouveau foyer d'infection indépendamment de toute influence locale. C'est là le fait capital et qui semblerait démontrer que la fièvre jaune n'est point réellement contagieuse ; car on ne saurait accepter comme preuve de contagion les faits (presque les seuls que citent les contagionistes) d'individus qui, *vivant dans le foyer d'infection*, ou y étant venus accidentellement et y ayant eu des rapports avec des sujets affectés, ont été ensuite atteints de la maladie : comme si dans ces cas il n'était pas plus problable que la fièvre jaune était survenue par le fait seul de l'infection des lieux, plutôt que de croire qu'elle a pu être transmise par le contact immédiat ! S'ensuit-il de là que la fièvre jaune ne puisse jamais être contagieuse ? J'avoue que n'ayant jamais étudié la maladie par moi-même, et encore un peu ébranlé par quelques faits favorables à la contagion qu'on trouve dans les auteurs, je n'oserais dire, avec une certitude absolue et une sécurité entière, que la fièvre jaune n'est contagieuse dans aucun cas.

Mais lorsqu'on a étudié avec soin et une complète indépendance les faits allégués par les infectionistes et leurs adversaires, on reste convaincu que la contagion n'est pas le *mode ordinaire* de propagation de la maladie. Ajoutons en terminant que toutes les expériences d'inoculation, faites par une foule de médecins avec le sang ou avec les liquides contenus dans les voies digestives, ont toujours échoué.

Traitement. — Le traitement de la fièvre jaune se divise en traitement curatif et en traitement prophylactique.

1° *Traitement curatif.* — Un grand nombre de moyens ont été préconisés contre la fièvre jaune; mais jusqu'à présent on n'a pu trouver un agent spécifique ou une méthode uniforme de traitement. Les saignées, les vomitifs, les purgatifs, le mercure, l'opium, le quinquina, les sudorifiques, les bains chauds et froids, les bains de vapeur, la glace, les frictions huileuses, etc., sont tout autant de moyens qui peuvent être utiles mais seulement dans certains cas spéciaux.

Ainsi lorsque la fièvre jaune attaque des sujets robustes, et qu'elle s'accompagne d'une vive réaction inflammatoire, il convient de recourir promptement à la saignée générale. Il est des auteurs qui conseillent même de la répéter plusieurs fois, surtout dans les premiers jours de la maladie. D'autres médecins, qui ont pratiqué aux Antilles et en Europe, ont blâmé l'emploi de la saignée, comme produisant la prostration, ou comme rendant les convalescences interminables; mais nous croyons que ces auteurs se sont trop hâtés de poser des règles générales à l'occasion d'une seule épidémie qu'ils ont décrite. Pour nous, nous devons admettre que, suivant le génie de la constitution épidémique, on devra saigner peu ou beaucoup, sans qu'il soit possible d'établir à ce sujet aucune règle fixe. Dans tous les cas, la saignée générale est préférable aux saignées locales, celles-ci devenant quelquefois l'occasion de gangrène, ou bien d'hémorrhagies difficiles à arrêter.

Dans les commencements de la maladie, les boissons douces, acidules ou gazeuses, seront données en abondance; on plongera les malades dans des bains frais ou tièdes, et on fera sur la surface du corps des lotions vinaigrées ou avec du jus de citron. On a conseillé de combattre les symptômes gastriques par l'emploi des vomitifs; mais ces médicaments pouvant être nuisibles, il faut user de la plus grande réserve dans leur emploi. Les laxatifs sont, au contraire, généralement utiles; on emploie préférablement l'huile de ricin, la pulpe de tamarin, la manne, le calomel, ou les purgatifs salins.

Dans la deuxième période de la maladie, lorsque la jaunisse, les vomissements noirs et la prostration surviennent, l'indication capitale qui se présente est de souteinr les forces; c'est dans ce but qu'on administre le quinquina, le vin, les aromatiques. Si des accidents nerveux se déclarent, on leur oppose les antispasmodiques, tels que le camphre, le musc, le castoréum. On a encore conseillé alors de promener à la surface du corps des sinapismes et des vésicatoires; mais il serait imprudent d'employer les exutoires, et même les simples rubéfiants, toutes les fois qu'il y a tendance

à la gangrène, ou que des hémorrhagies passives se produisent aisément, attendu que la portion de peau dénudée ou irritée pourrait être frappée de mortification ou être le siége d'un écoulement sanguin.

Les vomissements étant un symptôme très pénible, on a conseillé de les calmer par l'usage de l'opium, de l'éther, de l'eau de menthe, de la potion de Rivière, et en appliquant un vésicatoire à l'épigastre ; mais ces moyens ne paraissent pas très utiles. Peut-être obtiendrait-on plus d'avantage de l'emploi des boissons acidules et glacées prises en très petite quantité à la fois ; elles auraient en outre pour effet de modérer les hémorrhagies qui se font par les organes digestifs.

Le quinquina est, après les sangsues, le moyen dont on a peut-être le plus abusé dans le traitement de la fièvre jaune. Sous le règne de la doctrine de Brown, les médecins français, anglais, et surtout les espagnols, prescrivaient, dès le début, des doses énormes de quinquina, jusqu'à 250 grammes (8 onces) en trente-six heures; plus tard on a préféré le sulfate de quinine. Mais si ces médicaments ont été manifestement utiles dans certaines épidémies, cela n'a eu lieu que momentanément, et l'expérience a prouvé qu'on ne pouvait en faire une méthode de traitement applicable à la généralité des cas. Aujourd'hui, l'élite des médecins qui pratiquent dans les pays où la fièvre jaune sévit est à peu près unanime pour réserver l'emploi du quinquina ou du sulfate de quinine pour les deux indications suivantes, qui sont : 1° de relever les forces quand elles sont trop prostrées; 2° de combattre les symptômes de périodicité quand ils existent.

Traitement prophylactique. — Le seul moyen de se préserver de la fièvre jaune, c'est de fuir les foyers d'infection et d'aller habiter des lieux salubres, élevés et bien ventilés. Les personnes qui par état et par devoir sont obligées de vivre dans le centre de l'épidémie ne devront point s'écarter des règles d'une bonne hygiène; mais elles n'accorderont aucune confiance aux saignées, aux exutoires, aux purgatifs, aux émétiques, moyens qu'on a voulu regarder comme prophylactiques, et qui, par le trouble qu'ils occasionnent, sont plutôt capables de favoriser le développement de la maladie.

Les contagionistes, dans le but de nous préserver de l'importation de la fièvre jaune, ordonnent les quarantaines et l'observation de toutes les lois de police médicale qui étaient autrefois en vigueur contre la peste. Mais nous croyons qu'on peut sans danger se relâcher d'une sévérité qui n'est plus justifiée aujourd'hui. Nous ne conseillons pas pourtant de négliger toute espèce de précautions et d'admettre en libre pratique, aussitôt après leur arrivée dans nos ports, les navires qui viennent des pays infectés par la fièvre jaune; mais nous pensons qu'il suffirait dans ces cas de déplacer l'équipage pendant quelques jours, de ventiler les navires, d'exposer les marchandises sur des chantiers vastes et bien aérés avant de les livrer au commerce. Si une rue est infectée, forcez les habitants à l'abandonner ; faites-en de même pour un quartier et pour une ville. Si c'est impraticable, conseillez au moins l'émigration à une partie des habitants. Ces moyens

ont suffi plusieurs fois aux États-Unis pour anéantir rapidement une épidémie de fièvre jaune.

Nature de la maladie. — Les recherches d'anatomie pathologique empêchent d'admettre que la fièvre jaune soit une gastrite, ou, comme le voulait Tomasini, une inflammation hépato-gastrique; car les altérations de l'estomac ne sont point constantes. Si le foie est toujours affecté d'une certaine manière, cette altération ne peut rendre compte du mouvement fébrile ni des autres symptômes graves et n'explique pas non plus la mort. Nous croyons donc que, dans la fièvre jaune, il existe une cause plus générale. Nous regardons la maladie comme produite par un empoisonnement miasmatique, par une infection du sang, et l'on s'explique aisément alors la réaction vive de l'organisme, les perturbations nerveuses, les symptômes de décomposition générale, les hémorrhagies qui ont lieu par diverses voies et même l'ictère.

Doit-on, ainsi que le fait Chervin, regarder la fièvre jaune comme étant par sa nature identique avec la fièvre intermittente? Faut-il considérer la première comme étant le degré le plus élevé des accidents que les effluves marécageux peuvent produire? C'est une question qu'il nous est impossible de résoudre. Disons toutefois que les raisons que donne Chervin pour défendre son opinion ne sont pas très concluantes, et, dans tout ce qu'il dit, on trouve bien moins des preuves que de simples assertions. Si nous osions nous fier aux impressions que nous avons reçues des lectures que nous avons faites, nous conclurions tout autrement que l'auteur dont je parle; car, quoi qu'il en dise, nous ne trouvons dans la fièvre intermittente et la fièvre jaune non seulement nulle identité, mais même nulle analogie dans les lésions cadavériques et dans les symptômes. Ainsi le quinquina, si efficace contre les accès périodiques, échoue presque toujours dans la fièvre jaune; si celle-ci règne souvent dans les pays marécageux, il est avéré néanmoins que son intensité et sa fréquence ne sont pas en rapport constant avec l'insalubrité du lieu, tandis que le contraire se voit dans les fièvres d'accès. Enfin nous avons vu que la fièvre jaune pouvait régner épidémiquement et endémiquement dans des lieux salubres, chose qui n'arrive jamais pour les fièvres intermittentes. Nous ne contestons pas cependant qu'on ne voie quelquefois des symptômes intermittents avec la fièvre jaune; nous reconnaissons même volontiers que la fièvre jaune peut commencer ou se juger par des accès périodiques. Mais que conclure de cela, si ce n'est que les deux maladies dans quelques cas peuvent se compliquer, et que les caractères de l'une peuvent s'effacer par la prédominance de l'autre? C'est ce qu'on rencontre pour une foule d'autres affections.

DE LA PESTE.

SYNONYMIE. — *Pestilentia*, *lues*, *contagium*, *morbus contagiosus*; fièvre du Levant, typhus d'Orient, fièvre adéno-nerveuse, etc.

Définition. — La peste est une maladie aiguë, ordinairement épidémique, qui, indépendamment des phénomènes qui lui sont communs avec

les autres maladies pestilentielles, présente en outre pour symptômes particuliers des bubons, des anthrax, des charbons et des pétéchies gangréneuses.

Historique et bibliographie. — Les livres sacrés, les auteurs grecs et latins font mention d'un grand nombre d'épidémies meurtrières qu'on rapporte généralement à la peste, mais dont il est impossible pourtant de bien fixer la nature, puisqu'elles ont été décrites presque uniquement par des historiens ou par des poëtes. Ce n'est qu'à dater du milieu du VIe siècle qu'on a possédé quelques renseignements précis. Depuis cette époque jusqu'à nos jours, on a observé un nombre presque infini d'épidémies dans toutes les provinces de l'ancien continent; mais les plus générales et les plus meurtrières sont celles qui ont régné aux XVe, XVIe et XVIIe siècles; la peste noire du XIVe fut celle qui exerça les plus affreux ravages.

La peste a été l'objet d'une foule de travaux importants : nous distinguerons spécialement le Traité de Diemerbroek, qui décrivit la peste de Nimègue en 1635; les ouvrages de Bertrand, Chicoyneau, Verny et Deidier, qui ont fait connaître l'épidémie de Marseille de 1720; ceux de Mertens et de Samoïlowitz, qui ont traité de la peste qui, en 1771, ravagea Moscou. Desgenettes, Larrey, Louis Frank, et Pugnet surtout, ont donné des notions précieuses sur les pestes qui régnèrent en Égypte de 1798 à 1800; plus récemment plusieurs de nos compatriotes ayant observé la cruelle épidémie qui, en 1835, a ravagé l'Égypte, ont publié sur elle des documents précieux, et qui ont fait entrevoir la maladie sous une face toute nouvelle. On consultera surtout avec fruit les livres de MM. Bulard, Clot-Bey, Aubert-Roche, Brayer et le mémoire lu par le docteur Lachèze à l'Académie de médecine dans l'année 1836. Enfin M. Prus, organe d'une commission nommée par l'Académie royale de Médecine, a rédigé, d'après tous les documents qui existent, et après une enquête sévère, un rapport remarquable qui est devenu le texte d'une discussion importante à la suite de laquelle ont été modifiées, au grand avantage du commerce, les lois quarantenaires. Il est juste de proclamer ici que c'est en grande partie aux efforts persévérants de M. le docteur Aubert-Roche qu'on doit le triomphe des idées nouvelles. Son nom ne saurait être oublié, car il a rendu un éminent service à la science et au pays.

Anatomie pathologique. — Les anciens ne nous avaient rien appris de positif sur les lésions qu'on trouve chez les sujets emportés par la peste. Cette lacune importante vient d'être comblée par les médecins français qui ont observé les différentes épidémies qui ont régné de 1833 à 1838 en Égypte, à Smyrne et à Constantinople. Bulard et Clot-Bey sont ceux qui ont tracé avec le plus de soin le tableau des altérations cadavériques : aussi est-ce à l'ouvrage de ces deux auteurs que j'emprunterai la plupart des détails qui vont suivre, détails qu'ils ont recueillis de concert avec les docteurs Gaëtany-Bey et Lachèze.

L'habitude extérieure des cadavres ne présente de remarquable que la persistance des pétéchies observées pendant la vie, et l'affaissement des bubons et des charbons. La physionomie n'est pas sensiblement altérée;

en général, il y a peu de roideur cadavérique. Le cerveau et la moelle épinière n'offrent d'autre altération qu'un léger piqueté et une diminution de consistance de leur tissu; les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang. Les ganglions et les plexus du trisplanchnique sont intacts. L'appareil respiratoire est rarement enflammé; les poumons sont seulement fortement engoués. Le cœur, souvent ramolli, est généralement distendu par du sang noir caillebotté ou fluide et d'un aspect vineux. L'appareil digestif est généralement friable. L'estomac contient souvent un liquide noirâtre, mélanique, et sa surface interne est le plus communément recouverte de pétéchies parfois confluentes et semblables à celles de la peau. Lorsque la mort arrive à une période avancée de la maladie, on trouve quelquefois dans cet organe des ulcérations linéaires, livides ou noirâtres, situées entre les replis de la muqueuse et n'intéressant que l'épaisseur de cette membrane; ces ulcérations n'existent jamais dans l'intestin grêle. Celui-ci est moins souvent ramolli et ecchymosé que l'estomac. Le gros intestin n'offre qu'une distension gazeuse; les follicules de Brunner et de Peyer sont sains. Le foie est gorgé de sang noir et fluide; il ne présente en général rien de notable dans sa couleur, dans son volume ni dans sa consistance. La rate, au contraire, a acquis un volume trois ou quatre fois plus considérable; son tissu, gorgé de sang noir, est friable et se réduit, à la moindre pression, en un détritus putrilagineux. Les reins, souvent ecchymosés à leur surface, ont presque toujours le double ou le triple de leur volume normal; ils sont gorgés de sang.

On voit par ce qui précède que les viscères ne sont pas le siége fréquent de gangrène et de charbons, comme les anciens l'avaient prétendu, et comme l'avaient dit aussi après eux la plupart des historiens de la dernière peste de Marseille (1720). Bulard paraît pourtant avoir observé cette dernière lésion sur le foie de quatre pestiférés. Mais l'altération la plus profonde, la moins connue, bien qu'elle soit presque constante, est celle qu'on rencontre du côté du système lymphatique.

Nous verrons bientôt que des tumeurs particulières, nommées bubons, se développent pendant la vie dans plusieurs endroits du corps, spécialement dans les aines et les aisselles. Ces tumeurs siégent dans les ganglions lymphatiques. Ceux-ci ont acquis un volume qui varie depuis celui d'une pistache jusqu'à celui d'un œuf d'oie; ils ont une coloration grisâtre, café au lait, livide ou noire; leur consistance peut égaler celle du squirrhe, ou bien leur mollesse est telle qu'on les réduit en putrilage à la moindre pression. Lorsque les bubons occupent la région inguinale, les ganglions abdominaux qui s'étendent de l'arcade crurale au plexus solaire participent à la même altération. Ils ne forment plus entre eux qu'une masse compacte, bosselée, tandis qu'une exhalation sanguine infiltre les mailles du tissu cellulaire ambiant et reflète une couleur violacée ou noire à travers le péritoine. Si les bubons siégent dans l'aisselle, les ganglions abdominaux sont intacts, tandis que ceux de la région axillaire sont volumineux, noirs et friables; on y rencontre aussi des épanchements sanguins. Ces diverses altérations se propagent sous la plèvre, en suivant le trajet des vaisseaux

lymphatiques jusqu'au canal thoracique, ou de la grande veine lymphatique suivant le côté malade. Les vaisseaux lymphatiques ne semblent pas participer à l'altération des ganglions; ceux-ci ne sont jamais malades que dans quelques points isolés, mais jamais dans toutes les régions à la fois. Bulard regarde les différentes lésions des ganglions que nous venons de décrire et qu'un autre médecin, M. Lachèze, a également toujours reconnues, comme étant la lésion essentielle et primitive de la maladie. M. Clot les a même vues chez des individus morts avant l'apparition des bubons. Le canal thoracique a toujours été trouvé sain.

Prodromes. — La peste débute souvent brusquement, mais souvent aussi elle est précédée par quelques signes avant-coureurs comme du malaise, de l'inappétence, mais surtout par des douleurs dans les aines et les régions pourvues de ganglions lymphatiques, douleurs tantôt vives, tantôt obscures et vagues. Ces douleurs affectent parfois un grand nombre d'individus, dans quelques épidémies presque toute la population s'en plaint; elles atteignent surtout ceux qui, ayant eu jadis le peste, portent à l'aine ou ailleurs la cicatrice d'un bubon suppuré. Si cet accident n'annonce pas chez les sujets qui le présentent une invasion prochaine de peste, il dénote au moins l'influence de la cause pestilentielle chez ces individus, il doit révéler chez eux l'existence d'une prédisposition plus grande à être frappé par l'épidémie.

Symptomatologie. — Les malades éprouvent d'abord une lassitude extrême, des frissons irréguliers, une céphalalgie plus ou moins vive, avec vertiges, étourdissements. La maladie date à peine de quelques heures que déjà la prostration est extrême; la station et la marche sont impossibles; la figure exprime l'abattement ou la stupeur; les malades sont tourmentés tantôt par une insomnie opiniâtre, d'autres tombent dans le coma, quelques uns ont des songes effrayants, des visions; enfin, il en est qui sont agités par un délire paisible ou furieux, comme on l'observa communément dans la peste de Digne, de 1629. Le pouls est en général fréquent, petit, misérable; le sang tiré par la phlébotomie, d'un rouge obscur, assez dense, ne se recouvre jamais de couenne (Bulard et Lachèze); la peau est chaude et sèche, et la respiration accélérée. La langue est humide et blanche, la soif nulle ou inextinguible. Il y a des vomissements ou de simples régurgitations de matières aqueuses, ou bien jaunes, vertes, et quelquefois sanguinolentes : tantôt il y a de la constipation; tantôt, au contraire, les malades ont des selles fétides, jaunes, noires. L'urine varie beaucoup dans sa couleur et sa quantité. Indépendamment des symptômes qui précèdent, on voit, à une époque indéterminée de la maladie, apparaître dans divers points du corps des bubons, des anthrax, des charbons et plusieurs exanthèmes.

1° *Bubons.* — Le bubon pestilentiel est une tumeur ronde ou oblongue, lisse ou bosselée, rouge, violacée, ou sans changement de couleur à la peau, d'un volume variant depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'un gros œuf. Ces tumeurs sont parfois indolentes, mais le plus souvent elles sont le siége de douleurs plus ou moins vives. Les bubons sont for-

més par les ganglions lymphatiques; on les observe le plus souvent dans le pli de l'aine, un peu moins fréquemment dans le creux de l'aisselle, plus rarement encore dans les régions cervicale et parotidienne; enfin, les bubons du creux poplité sont les moins communs. En général, on les rencontre isolément dans l'une des régions que je viens de nommer; quelquefois on en voit se développer dans plusieurs points à la fois, mais il n'y en a jamais dans les lieux privés de ganglions lymphatiques. Leur nombre varie de 1 à 4 chez le même individu; leur développement est en général rapide: quelques uns arrivent promptement à maturité, et laissent échapper, quand on les ouvre, un pus sanieux; d'autres sont à peine développés qu'ils disparaissent; enfin, il en est qui restent longtemps stationnaires.

2° L'anthrax de la peste a la forme d'une tache rouge, très douloureuse, ayant 3 ou 4 doigts d'étendue, occupant le dos, les épaules ou les aines, se terminant par résolution ou par gangrène.

3° Le *charbon*, que la commission médicale du Caire a proposé avec raison de nommer *pustule gangréneuse*, est formé par une ou plusieurs pustules entourées d'une auréole rouge, remplies d'une sérosité brune ou noirâtre, qui, après avoir atteint le volume d'une aveline, se déchirent et laissent à nu une surface complétement gangrenée. La mortification fait bientôt de nouveaux progrès et pénètre plus ou moins profondément; si la gangrène se limite, l'escarre finit par se détacher. Les charbons pestilentiels se développent ordinairement sur le tronc ou sur les membres; parfois c'est sur les parties génitales, sur le cuir chevelu ou à la face; on en a vu jusque sur des bubons (Chénot). Il y en a rarement moins de 3, mais leur nombre ne dépasse guère 12.

4° *Exanthèmes*, *éruptions*, etc. — Enfin, la peau peut présenter encore des plaques érysipélateuses, mais surtout des pétéchies discrètes ou confluentes, rosées, violettes ou noires, et ayant de 1 à 5 millimètres de diamètre.

Ces quatre symptômes, bubons, anthrax, charbons et pétéchies, peuvent exister simultanément ou isolément. Les premiers sont ceux qui manquent le plus rarement; on les voit, dans quelques cas bénins, constituer à eux seuls presque toute la maladie, et n'être point accompagnés de fièvre; celle-ci du moins est si légère et de si courte durée, que les malades ne sont pas même obligés de s'aliter et continuent de pouvoir vaquer à leurs affaires. Cependant, le plus ordinairement, des symptômes généraux fort graves coïncident avec le développement des lésions que nous venons de décrire. Ainsi les traits sont décomposés; il y a des soubresauts des tendons, et parfois des mouvements convulsifs; la voix est altérée ou éteinte, les sens sont abolis ou pervertis, la langue est sèche et couverte de fuliginosités; il y a des hoquets, de la dyspnée; le pouls est inégal, irrégulier, insensible; il y a des syncopes; le sang s'échappe par diverses voies; toutes les excrétions exhalent une grande fétidité; c'est au milieu de ces désordres que la mort arrive.

Marche. — En général, la peste a une marche toujours ascendante; on

observe rarement dans son cours des rémissions et des exacerbations alternatives.

Durée, terminaisons. — La durée moyenne de la maladie varie entre cinq et huit jours ; d'autres fois la vie se prolonge jusqu'à la fin du deuxième septénaire, tandis que dans quelques épidémies, telles que celle de Marseille en 1720, beaucoup de malades succombent au bout de vingt-quatre ou trente heures. Enfin on a dit que la peste pouvait frapper comme la foudre, et tuer subitement des individus qui jouissaient en apparence de la meilleure santé ; mais ce fait est loin d'être encore prouvé.

Lorsque la maladie a une heureuse issue, les symptômes graves s'amendent peu à peu : s'il y a eu gangrène quelque part, l'escarre est éliminée, les bubons se résolvent ou suppurent ; dans ce dernier cas, le pus est généralement de bonne nature. Le petit nombre des malades qui échappent à l'affection reprennent lentement leurs forces ; leur intelligence est affaiblie ; quelques uns restent languissants, ou privés de l'usage d'un sens, d'un ou de plusieurs membres.

Formes. — Les auteurs ont distingué plusieurs formes de peste. Ils ont décrit une peste inflammatoire, gastrique, nerveuse, putride, suivant que les phénomènes inflammatoires, nerveux, etc., prédominaient. Mais ces distinctions sont peu importantes, et il suffit, pour la pratique, de reconnaître qu'il y a une forme *bénigne* et une forme grave ou *maligne*.

En général, la peste n'attaque qu'une seule fois la même personne ; cependant on observe de nombreuses exceptions à cette règle : ainsi, on a vu quelquefois un même individu être atteint plusieurs fois de l'affection dans le cours d'une seule épidémie ; pendant la dernière peste de Marseille, Bertrand contracta jusqu'à trois fois la maladie.

Diagnostic. — Il importe que chaque médecin soit bien fixé sur les symptômes diagnostiques de cette terrible affection, car de cette connaissance pourra dépendre souvent le salut de provinces entières. Chose remarquable, dans presque toutes les épidémies qui ont eu lieu, la nature de la maladie fut méconnue dans les commencements ; et cette erreur a été commise par des médecins d'un grand mérite, et en particulier par N. Massa, J. Mercurialis, Chicoineau et Verney. D'autres fois, on a annoncé comme pestilentielles des maladies qui n'avaient pas ce caractère, erreur non moins funeste que la première, qui a jeté tout un pays dans la consternation, et causé le plus grand dommage aux fortunes privée et publique.

Quoiqu'il n'y ait aucun symptôme qui soit pathognomonique de la peste, cependant il y a une réunion de caractères qui font aisément distinguer cette maladie de toutes celles avec lesquelles elle peut avoir quelque ressemblance. Ainsi, une maladie fébrile débutant en général brusquement, sévissant sur un grand nombre d'individus à la fois, et qui, au milieu de symptômes typhoïdes graves, s'accompagne de bubons, d'anthrax, de pustules gangréneuses, ne peut être que la peste. Si, la maladie mal caractérisée d'abord, on avait quelque incertitude sur sa nature, il faudrait, comme le conseille M. Chomel, dans son *Traité des fièvres*,

isoler les malades, ainsi que les personnes qui les soignent, et toutes celles qui, dans le même lieu, offriraient des symptômes suspects : on concilierait ainsi tous les intérêts.

Nous avons dit précédemment que les personnes qui avaient eu la peste jadis, éprouvaient souvent des douleurs dans les cicatrices des bubons et des charbons pendant et même quelque temps avant l'épidémie. Il faudrait tenir grandement compte de cette circonstance, car c'est jusqu'à présent, d'après M. Prus, le meilleur moyen de découvrir si une constitution pestilentielle existe ou est imminente.

Pronostic. — La peste est le plus terrible des fléaux qui puissent affliger l'espèce humaine ; elle enlève quelquefois la moitié des habitants d'un pays, elle interrompt le commerce et tous les rapports sociaux ; elle expose souvent celui qu'elle épargne à toutes les horreurs de la misère et de la famine. La mortalité varie dans les différentes épidémies, et ne saurait être calculée. Il paraît, toutes choses égales d'ailleurs, que la peste qui survient pendant une saison humide et chaude, celle qui sévit au sein de populations pauvres et entassées, est plus grave. La plupart des auteurs ont également reconnu que les sujets vigoureux et pléthoriques étaient plus rapidement enlevés que les individus d'une constitution moins forte. — Quant aux signes pronostiques, il n'y en a aucun qui ait une valeur certaine ; et, comme l'a dit avec raison J. Morello, dans la peste, les sens, la raison, les aphorismes d'Hippocrate, tout nous trompe, et un signe favorable dans une épidémie devient pernicieux dans une autre. Cependant, règle générale, les charbons, la gangrène, les syncopes, la prostration extrême, le refroidissement du corps, la décomposition des traits, les convulsions, les urines sanguinolentes, sont des signes qui indiquent une mort presque certaine et imminente.

Étiologie. — La peste est endémique dans plusieurs pays d'Orient, spécialement en Égypte, en Syrie et en Turquie, ainsi que dans quelques autres contrées d'Afrique et d'Asie ; on l'a même vue naître spontanément dans plusieurs provinces d'Europe. Les opinions les plus diverses ont été émises sur les causes qui président au développement de la maladie. Dans les pays où elle est endémique, la plupart accusent avec raison des causes locales d'insalubrité, telles que foyers d'infection produits par la décomposition des matières végétales et surtout animales, débordement des fleuves, humidité, encombrement des populations, misère, malpropreté, etc. Ces causes d'insalubrité sont réunies chaque année dans la Basse-Égypte, aussi la peste y est-elle endémique : on l'y voit presque tous les ans sous la forme sporadique, et tous les dix ans environ sous la forme épidémique (Prus). Beaucoup cependant pensent que ces causes locales d'insalubrité, qu'on rencontre à peu près partout, ne sont point suffisantes pour la génération de la peste ; suivant eux, elles n'ont d'autre influence que de favoriser l'extension de la maladie, et de la rendre beaucoup plus grave. L'impossibilité où l'on est souvent de rapporter le développement de la peste à l'existence de causes locales a fait supposer à quelques personnes, et en particulier au docteur Clot-Bey, que la maladie naissait alors sous

l'influence de ces causes générales, probablement météorologiques, qui président au développement de la plupart des autres épidémies, et dont il nous est impossible de déterminer la nature. Quoi qu'il en soit, il est incontestable, ainsi que l'a fort bien établi M. Prus, d'après des documents nombreux et authentiques, que la peste s'est toujours montrée avec les principaux caractères des maladies épidémiques, toutes les fois qu'elle a sévi avec violence en Afrique, en Asie et en Europe. Elle s'étend, se propage alors sur des points souvent très éloignés, par la seule influence des causes occultes générales répandues dans l'air, et sans qu'il soit possible d'accuser aucune communication suspecte, soit par les personnes, soit par les choses.

La doctrine de la contagion de la peste, adoptée depuis Fracastor, sans contestation, a subi des modifications importantes depuis le siècle dernier. On sait que, niée par Stoll, par Verney et Chicoineau, etc., elle a trouvé, dans les docteurs Clot-Bey et Brayer, deux redoutables adversaires.

Cependant tous les raisonnements qu'on peut faire, et tous les cas d'immunité qu'on rapporte chez des individus qui, s'étant exposés à la maladie, ne l'ont point contractée, ne sauraient infirmer les faits nombreux favorables à la contagion. Ainsi, lorsque la peste se développe sur notre littoral, c'est toujours dans des lieux qui ont eu des relations avec les contrées où la maladie existait déjà. Il est certain que, dans les pays ravagés, on parvient souvent à se préserver du fléau en s'isolant des personnes infectées. Mertens, dans la peste de Moscou, Bulard et M. Lachèze, dans la dernière épidémie d'Égypte, ont vu un grand nombre d'établissements publics être entièrement préservés par l'isolement, tandis qu'au dehors le fléau exerçait ses ravages. La science possède quelques cas où la peste a été inoculée et transmise à des criminels ou à des prisonniers de guerre; et si plusieurs médecins ont pu s'inoculer impunément le pus des bubons, d'autres ont payé de la vie cet audacieux expériment. Cependant, parmi les faits de transmission cités, beaucoup sont douteux ou peu concluants, et il serait nécessaire de répéter les expériments sur des individus placés loin du foyer épidémique; c'est ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent. On a cru généralement que la transmission de la peste se faisait surtout par le contact immédiat; qu'elle pouvait aussi avoir lieu par les effets et les hardes ayant appartenu aux pestiférés, et jamais par les cadavres. Mais cette doctrine a été réfutée dans le Rapport de l'Académie, où il est établi que le contact immédiat de milliers de pestiférés est resté sans danger pour ceux qui l'ont exercé à l'air libre ou dans des lieux bien ventilés, et qu'aucune observation rigoureuse ne démontre la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades ou par les vêtements et les hardes qui leur ont appartenu. La transmissibilité par les marchandises a également été contestée. Mais il est reconnu que dans les foyers épidémiques la peste est transmissible par les miasmes qu'exhalent les pestiférés et par les foyers d'infection qui peuvent en résulter. Elle est transmissible aussi de la même manière hors des foyers épidémiques, soit sur les navires en mer, soit dans nos lazarets. On conçoit, en effet, que des

pestiférés, en viciant l'air des localités dans lesquelles ils résident, puissent créer des foyers d'infection pestilentielle susceptibles de transmettre la maladie à des distances plus ou moins grandes. On a établi par contre que les malades atteints de peste sporadique ne pouvaient produire des foyers d'infection assez actifs pour propager la maladie. Quoi qu'il en soit, la peste importée dans un pays ne pourra s'y transmettre et y exercer de grands ravages qu'autant qu'elle trouvera dans le climat, dans l'atmosphère et les habitants, des conditions favorables à son développement (Prus).

On a reconnu qu'une température humide et chaude, que la faiblesse de la constitution, l'âge adulte, le sexe féminin, les fatigues, la terreur, la misère, les grands rassemblements du peuple dans les cérémonies publiques, étaient tout autant de circonstances qui favorisaient la propagation de la maladie. Dans certaines épidémies, on a vu que des personnes exerçant certaines professions en avaient été presque exemptes, mais il n'y a encore à ce sujet rien de bien démontré. Il y a aussi dans toutes les pestes un certain nombre d'individus qui, vivant sans cesse dans le foyer de la contagion, sont respectés par la maladie sans qu'on puisse savoir la cause de cette immunité.

Presque tout ce qui précède s'applique à la peste épidémique, mais nullement à celle qui se montre si souvent à l'état sporadique dans les pays d'Orient. Celle-là, en effet, qui peut régner toute l'année, ne paraît pas être jamais contagieuse, et elle ne se lie pas, comme celle qui est épidémique, à un changement dans la constitution médicale du pays.

Les auteurs estiment qu'il se passe d'un à sept jours entre le moment où le virus est introduit dans l'économie et celui où ses premiers effets se développent. M. Aubert-Roche, qui a étudié la question de l'incubation avec le plus grand soin, a établi que la durée la plus longue de cette période était de neuf jours. Enfin, la commission de l'Académie, étudiant cette importante question avec tout le soin qu'elle mérite, a conclu que si on ne peut assigner une limite fixe et absolue à la durée de l'incubation de la peste, il paraît cependant démontré, d'après les faits connus, que loin des pays où la peste est endémique, et en dehors des foyers épidémiques, cette maladie n'a jamais éclaté chez les personnes compromises après un isolement de huit jours. Les faits en petit nombre qu'on pourrait regarder comme faisant exception à cette règle, sont tous susceptibles d'une autre interprétation.

Du traitement. — Le traitement de la peste doit être distingué en curatif et en préservatif ou prophylactique.

1° *Traitement curatif.* — On a tour à tour préconisé un grand nombre de remèdes empiriques dont l'expérience n'a pas jusqu'à présent sanctionné l'efficacité ; telles sont les frictions avec la glace, vantées par Samoïlowitz dans la peste de Moscou ; les frictions huileuses, qui ont été employées dans plusieurs épidémies sans que leur utilité comme moyen curatif ait été démontrée. D'autres médecins ont eu recours à une médication perturbatrice. Ainsi, les saignées abondantes, les sudorifiques puis-

sants, administrés dès le début de la maladie, ou bien les excitants diffusibles, les toniques, et enfin les narcotiques, les mercuriaux eux-mêmes ont compté de nombreux partisans. Mais malheureusement, le traitement de la peste, comme celui de la plupart des autres affections, ne saurait être soumis à une méthode uniforme, et les moyens thérapeutiques doivent varier suivant la physionomie de la maladie et la prédominance de quelques symptômes; en un mot, il faut satisfaire aux indications les plus pressantes. C'est ainsi que lorsque dès le début il existe des signes d'une violente réaction inflammatoire, lorsque le sujet est vigoureux, une saignée générale sera pratiquée; mais il faut user de ce moyen avec prudence, en raison de la prostration qui se déclare tôt ou tard. On conseillera concurremment les boissons acidulées rafraîchissantes.

Nous avons vu que dans la peste on observait presque toujours quelque trouble dans les fonctions digestives. La plupart des auteurs avaient cru pouvoir les combattre par l'émétique; mais ce remède est le plus souvent inutile, et il est quelquefois dangereux, en raison des altérations dont l'estomac est le siége. Il est donc préférable de n'opposer aux symptômes gastriques que les boissons acidulées, gazeuses, froides, et même glacées, prises en petite quantité à la fois.

Enfin, lorsque les accidents nerveux prédominent, il faut les combattre par une médication spéciale. Ainsi, à la prostration on oppose les toniques et les cordiaux; au délire, aux soubresauts, aux contractures, le musc, le camphre et les affusions froides.

Quelques uns des symptômes de la peste réclament en outre des moyens particuliers. Ainsi, pour les bubons, on s'attachera, en règle générale, à en favoriser la suppuration. Ils seront à cet effet couverts de topiques émollients, et on les incisera quand la fluctuation sera bien évidente. — Pendant longtemps les anthrax et les charbons ont été scarifiés, irrités, brûlés de diverses manières: ce traitement était presque toujours nuisible. Aujourd'hui, docile aux conseils de Diemerbroek, de Chénot et de J. Frank, on n'emploie plus ces moyens violents, mais on fait sur ces tumeurs des fomentations avec de l'huile ou de l'eau blanche. Les charbons sont pansés avec la poudre de quinquina rouge, ou recouverts de compresses trempées dans du vin aromatique. Enfin, on se conduit ici comme dans tous les cas de gangrène et de plaie avec perte de substance.

2° *Traitement prophylactique.* — Voici les précautions que la commission de l'Académie conseille d'adopter, si la peste venait à éclater dans une de nos villes. Si la maladie se manifestait dans une maison, il faudrait immédiatement porter le pestiféré dans un lieu bien aéré, où il ne puisse former un foyer d'infection, et où il recevrait les soins que son état exige. Tous les autres habitants de la maison se rendraient dans un lieu désigné par l'autorité, où ils seraient soumis à la surveillance d'un médecin. La maison évacuée serait nettoyée, purifiée, et resterait vide pendant un mois au moins. Plusieurs maisons viendraient-elles à être frappées, on tiendrait pour chacune d'elles la conduite qui vient d'être tracée. On agirait de même à l'égard de villes entières. Il faudrait toujours, d'une part, s'at-

tacher à faire sortir des foyers épidémiques toutes les personnes non encore atteintes de la maladie ; de l'autre, isoler, disséminer les pestiférés en les plaçant dans des endroits élevés et bien ventilés, de manière à prévenir la formation de foyers pestilentiels.

L'isolement est un bon moyen de préservation, mais non pas un moyen d'une efficacité absolue. On comprend, en effet, comme l'indique d'ailleurs le rapport à l'Académie, que quand une contrée est en proie à une peste épidémique, les habitants sont exposés d'abord à l'influence des causes générales épidémiques, et ensuite à l'influence des malades. Or, l'isolement peut bien préserver de celle-ci, mais il ne préserve pas de la première. Au contraire, en dehors des foyers épidémiques ordinairement circonscrits, et dans les pays habituellement sains, l'influence des causes générales épidémiques étant nulle, l'influence des pestiférés et des foyers qu'ils peuvent créer reste seule. L'isolement, dans ce dernier cas, est un moyen certain de se mettre à l'abri. (Prus.)

Il n'y a, en dehors des règles d'une bonne hygiène, aucun moyen préservatif pour le médecin qui est appelé à soigner les individus atteints de la peste ou qui doit pénétrer dans les foyers d'infection. Porter des gants et même un masque, se frotter les narines, les mains, avec de l'huile et du vinaigre, mâcher des aromates, ne point avaler sa salive, ne pas respirer l'haleine des malades, sont tout autant de préceptes sans efficacité réelle ; d'ailleurs l'observation de plusieurs d'entre eux pouvant inquiéter, effrayer les individus que nous devons soigner, il convient de s'en abstenir et de traiter le pestiféré comme on soigne et traite un individu atteint de toute autre affection. Les précautions barbares adoptées autrefois et mises encore en pratique dans certains lazarets, ne sont plus de notre temps ; d'ailleurs elles avaient nécessairement pour effet de produire des foyers pestilentiels et de favoriser par conséquent l'extension de la maladie.

La peste est un de ces fléaux qu'il est au pouvoir de l'homme de détruire. Ainsi nous sommes convaincu que les progrès de la civilisation éteindront un jour la peste en Égypte, où elle était inconnue avant que ce pays fût tombé à l'état de barbarie. La ville de Londres est un exemple remarquable de ce que peut l'hygiène pour l'extinction de la peste. On voit en effet que cette terrible maladie était presque endémique à Londres il y a encore deux siècles; mais l'incendie de 1666 ayant consumé en quelques jours la plus grande partie de la Cité, le feu ayant surtout dévoré les quartiers les plus insalubres, on eut soin, dans leur reconstruction, d'élargir les rues et d'exhausser le sol : aussi, dès ce moment, Londres cessa d'être ravagée par des épidémies de peste, bien qu'à dater de cette époque elle ait eu des communications plus fréquentes avec les pays d'Orient.

Nature de la peste. — La peste est une maladie générale produite par un empoisonnement miasmatique ; mais jusqu'à présent il n'a pas été possible de préciser la nature de l'affection, puisque nous ignorons le mode d'action de l'agent morbifique et que nous ne pouvons savoir l'organe ou l'appareil qu'il affecte primitivement. Bulard suppose pourtant que la peste est une maladie par altération de la lymphe ; il regarde celle-ci comme

constituant l'essence de l'affection ; il admet consécutivement une altération du sang par laquelle il explique les phénomènes nerveux et les symptômes généraux d'infection qui caractérisent la maladie. Cette opinion est non seulement ingénieuse, mais elle a de plus pour elle une certaine vraisemblance, et compte encore en sa faveur les résultats d'anatomie pathologique : cependant on ne saurait avoir à ce sujet aucune conviction. Il reste d'ailleurs prouvé par les ouvertures des cadavres que la peste n'est point constituée par une inflammation viscérale, et surtout par une gastro-entérite comme on l'avait prétendu autrefois.

Deuxième genre de fièvres.

DES FIÈVRES ÉRUPTIVES.

DE LA VARIOLE.

SYNONYMIE ET ÉTYMOLOGIE. — *Petite vérole* ou *picote*. Dermite varioleuse (Piorry). — Variole vient, suivant les uns, de *varus*, bourgeon, ou de *varius*, varié, à raison de la diversité de couleurs que la peau présente dans cette maladie.

Définition. — La variole est un exanthème contagieux dont l'éruption est précédée de prodromes pendant deux ou trois jours, et qui est caractérisé d'abord par des élevures dures et pointues, plus tard par des pustules ombiliquées à leur centre, lesquelles, après avoir suppuré, se dessèchent et laissent à leur place des taches qui s'effacent peu à peu, ou bien des cicatrices irrégulières, de forme variable, et indélébiles.

Historique. — Tous les documents historiques que l'on peut consulter prouvent que la variole a été complétement inconnue des Grecs et des Romains. Ce fut, dit-on, en l'année 622 de notre ère que Aaron ou Aaroun indiqua pour la première fois la variole sous le nom de *djidri ;* mais ce n'est que vers le Xe siècle que la maladie fut un peu convenablement décrite par Rhazès (1). Originaire de quelque province de l'Asie centrale, la variole a été importée par les Sarrasins en Afrique, et plus tard dans toutes les provinces méridionales de l'Europe que ces barbares ont envahies. La maladie s'étendit ensuite assez lentement vers le nord, et ce ne fut guère qu'à l'époque des croisades que ce fléau infecta toute l'Europe. Enfin ce sont nos vaisseaux qui l'ont transportée dans le Nouveau-Monde et dans toutes les îles de l'Océan, où elle était complétement inconnue avant l'arrivée des Européens. On voit donc que, dans sa propagation, la variole a constamment suivi le mouvement des populations.

Il faudrait un volume entier pour énumérer tous les travaux entrepris sur la variole ; nous citerons dans le courant de cet article quelques écrits spéciaux qu'on pourra consulter ; mais nous renverrons surtout le lecteur

(1) Son véritable nom est Abu-Becker-Mohammed, né à Rey, ville de l'Irack en Perse. C'est du lieu de sa naissance que lui est venu par corruption le nom de Rhazès. Son *Traité de la variole*, d'un médiocre intérêt, est traduit à la fin du t. Ier des *Œuvres de* Mead.

à l'immortel ouvrage de Sydenham, à ceux non moins remarquables de Morton et de Borsieri ; enfin, parmi les traités modernes, nous recommandons spécialement les *Maladies de la peau*, du docteur Rayer.

Division. — On a divisé la variole en cinq périodes distinctes qui sont : l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption*, la *suppuration* et la *desquamation.*

Première période ou incubation. — L'incubation est l'intervalle qui s'écoule depuis le moment où le virus est introduit dans l'économie jusqu'à ce que le premier malaise commence. Pendant l'incubation, il y a toutes les apparences de la santé. La durée de cette époque varie : elle serait de cinq à sept jours suivant Stoll et Boerhaave, de dix à vingt suivant M. Rayer ; elle était de sept à huit jours dans la variole inoculée.

Deuxième période ou invasion. — L'invasion est marquée par des symptômes plus ou moins graves. Il y a des frissons violents accompagnés de fréquence du pouls, de chaleur et de sécheresse de la peau ; les malades accusent une céphalalgie vive, du brisement des membres, *des douleurs parfois atroces dans les lombes*, une sensibilité vive à l'épigastre ; ils ont des nausées, des vomissements bilieux et pénibles ; quelques uns ont du délire ou tombent dans le coma, beaucoup d'enfants éprouvent des convulsions. Enfin, dans les cas les plus graves, des hémorrhagies diverses ont lieu spécialement par la muqueuse des organes génito-urinaires ou bien dans le tissu cellulaire sous-cutané. On a vu des malades succomber dans cette période, dont la durée moyenne est de deux ou trois jours.

Troisième période ou éruption. — L'éruption a lieu communément le deuxième ou troisième jour des prodromes. On commence par apercevoir à la face, et surtout sur le menton, ainsi que sur la surface cutanée des lèvres, des taches rouges, au centre desquelles est une petite élevure papuleuse, dure et pointue. L'éruption envahit successivement le tronc, les membres supérieurs et inférieurs ; elle est quelquefois si abondante, surtout à la face, que les élevures sont très rapprochées, et même confondues par leur circonférence ; on dit alors que la variole est *confluente* ou *cohérente*. Dans d'autres cas, la confluence, au lieu d'être générale, n'a lieu que par places et par groupes, ce sont les *varioles en corymbes ;* parfois enfin l'éruption est disséminée, la variole est dite alors *discrète.* Une éruption semblable à celle de la peau se faisant aussi dans la bouche, spécialement sur la voûte palatine, au voile du palais, sur ses piliers et au pharynx, on aperçoit sur toutes ces parties des saillies miliaires, blanches et dures ; en même temps les malades éprouvent de la chaleur dans la bouche et de la difficulté à avaler. Une toux rauque, déchirante, une voix voilée, indiquent qu'une éruption semblable s'est faite aussi dans la partie supérieure du larynx. En général, les symptômes incommodes qu'on observait pendant les prodromes diminuent ou cessent dès que l'éruption est complète, la fièvre même s'apaise. Cependant, lorsque la variole est confluente, grave, les malades continuent à être agités et à se plaindre, la fièvre augmente ; c'est dans cette période que la température acquiert son maximum d'intensité (40° d'après M. Roger) ; souvent il y a du délire, et des hémorrhagies actives ou passives peuvent avoir lieu. On voit quelquefois encore se déve-

lopper à cette période des phlegmasies viscérales (pleurésie, pneumonie, péricardite), ordinairement latentes, et qui, opérant une sorte de révulsion fâcheuse, s'opposent au développement de l'éruption cutanée, qui est alors suspendue, flétrie, affaissée.

Dans les quatre premiers jours de l'éruption, les papules de la variole s'agrandissent, elles sont entourées d'une aréole rouge; leur sommet offre bientôt une vésicule présentant une dépression circulaire ombiliquée à son centre. Cette disposition existe en général pour toutes les vésicules dès le troisième jour de l'éruption. Lorsque la variole est très confluente, il est impossible de voir la disposition ombiliquée; car alors toute la figure du malade semble recouverte d'une pellicule blanchâtre et presque uniforme. L'aspect des pustules varie d'ailleurs suivant les régions : volumineuses à la face, petites sur le scrotum, elles sont larges, un peu bombées et non ombiliquées à la paume des mains; elles forment partout une certaine saillie, excepté à la plante des pieds, où elles ont l'aspect de simples taches circulaires, violacées, entourées d'un liséré blanc. A cette époque, la peau est partout tuméfiée; à la face, par exemple, les paupières recouvrent le globe oculaire et il y a souvent du ptyalisme. Cette période, pendant laquelle beaucoup de malades succombent, finit au huitième ou au neuvième jour.

Quatrième période ou de suppuration. — Cette période est caractérisée par l'intensité de la fièvre, qui, calmée aussitôt après l'éruption, redouble à cette époque et prend le nom de *fièvre secondaire.* En même temps le gonflement des parties augmente. Cette tuméfaction peut être considérable même lorsqu'il n'y a pas beaucoup de pustules; elle est surtout très marquée au visage. Les pustules, continuant à s'accroître, se remplissent d'un liquide opaque, purulent; les malades salivent encore abondamment; ils ont de la douleur, de la difficulté dans la parole et la déglutition. Chez les enfants le ptyalisme est moins fréquent, et il est souvent remplacé par de la diarrhée. En général, la salivation, qui a commencé du troisième au septième jour, cesse vers le neuvième ou dixième; le gonflement de la face diminue peu après, et parfois il est remplacé alors par un gonflement douloureux des pieds et des mains. Lorsque la variole est grave, on peut observer la plupart des accidents que nous avons notés dans les périodes précédentes. Dans ces cas, les pustules, dont la suppuration est imparfaite, s'affaissent, se rident, prennent une teinte violacée; quelques unes se remplissent de sang noirâtre, ou bien des pétéchies se forment dans leur intervalle, et diverses hémorrhagies ont lieu. Ce sont surtout des épistaxis, des hématuries, et chez les femmes des ménorrhagies; enfin la mort survient au milieu d'une agitation et d'une anxiété extrêmes. La période de suppuration est celle pendant laquelle on voit le plus grand nombre de complications; c'est ce qui explique pourquoi la plupart des individus qui sont victimes de la variole succombent dans la période dont nous parlons. Deux des phénomènes prédominants de cette époque, l'enflure et la fièvre, reconnaissent bien pour cause principale la formation du pus; mais il y a néanmoins dans ces deux symptômes, dans le second surtout, quelque chose de spécial et presque d'indépendant de la suppuration; car, ainsi que Hallé l'a démontré il

y a déjà plus d'un demi-siècle, il suffit de quelques boutons pour les produire, tandis que nous verrons plus tard que dans la variole modifiée (varioloïde) par la vaccine ou par une variole antérieure, une éruption même considérable ne détermine pas de fièvre secondaire.

Cinquième période. — La dessiccation des pustules commence à avoir lieu dès le huitième ou neuvième jour. On l'observe d'abord à la face, où elle est souvent complète avant même que les pustules des membres soient parvenues à leur maturité. La dessiccation se fait de deux manières : tantôt les pustules se déchirent et le pus qui s'en échappe se concrète au contact de l'air, ou bien la pustule se ride, s'affaisse et se convertit en une croûte grise ou brunâtre, exhalant une odeur nauséabonde toute particulière. Les malades éprouvent alors sous les croûtes un sentiment de tension et un prurit qui les porte à se gratter, à s'arracher. Dans les cas ordinaires, les croûtes, plus humides dans les varioles confluentes que dans celles qui sont discrètes, après avoir persisté quelque temps, tombent spontanément du quinzième au vingtième jour de la maladie, et sont le plus souvent remplacées par des écailles qui peuvent se renouveler plusieurs fois. Dans quelques cas, les pustules s'ulcèrent, et l'ulcération détruisant une partie ou la totalité du derme, il en résulte des plaies saignantes, grisâtres, recouvertes par des croûtes humides, noirâtres, et qui produisent sur le visage ces cicatrices couturées et ces brides qui défigurent quelques individus. Dans la plupart des cas, la chute des croûtes ne laisse qu'une teinte vineuse, plus ou moins uniforme, qui disparaît lentement; c'est alors qu'on aperçoit plus complétement ces cicatrices lenticulaires plus ou moins nombreuses qui sont les stigmates indélébiles des sujets qui ont eu la variole.

Les pustules que nous avons dit se développer sur quelques muqueuses, ont une marche plus rapide que les pustules cutanées, il n'y a pas de dessiccation, mais la pseudo-membrane formée sous l'épithélium se détache vers le 5e ou 6e jour, et laisse une petite ulcération ou plutôt une légère érosion qui guérit promptement sans laisser de cicatrice appréciable.

Complications. — Divers accidents peuvent survenir pendant la période de dessiccation : ainsi on voit quelquefois les pustules s'affaisser, se flétrir tout à coup; en même temps les malades tombent dans la prostration; ils ont des frissons irréguliers, du délire et du coma, de l'oppression, de l'anxiété; la fièvre redouble; la langue se sèche, noircit; un dévoiement fétide a lieu; en un mot, on voit survenir des symptômes qui font soupçonner une résorption purulente. Dans cette même période, on voit encore des malades succomber brusquement soit par syncope, soit par une sorte d'empoisonnement; d'autres sont emportés par un dévoiement colliquatif, par des accidents cérébraux, ou par une pneumonie intercurrente, et beaucoup plus rarement par une laryngo-trachéite simple, ulcéreuse ou pseudomembraneuse. En résumé, on voit que la variole peut se montrer sous la forme bénigne ou grave. Il ne faudrait pas croire que les varioles confluentes sont les seules qui s'accompagnent de symptômes fâcheux : on rencontre en effet, assez souvent, surtout en temps d'épidémie, des va-

rioles discrètes qui sont fort graves et qui ont une issue funeste. Burserius et Morton en rapportent des exemples.

On vient de se convaincre que les varioles, comme presque toutes les autres maladies, ne se présentent pas toujours sous la même forme symptomatique : ainsi, on voit tantôt prédominer les phénomènes inflammatoires; d'autres fois, ce sont les symptômes adynamiques, ataxiques ou bilieux. Ces accidents varient beaucoup suivant les saisons, les pays, les constitutions médicales ou épidémiques, suivant les individus.

Suites de la maladie. — La variole peut laisser après elle des maladies ou des infirmités plus ou moins graves. Je ne dirai rien des furoncles, des pustules d'ecthyma, ni des érysipèles : mais beaucoup de malades sont affectés d'otorrhée purulente, s'accompagnant parfois de la perforation de la membrane du tympan et de la carie du rocher; d'autres, en plus grand nombre, conservent des ophthalmies rebelles, avec ulcération du bord libre des paupières et chute des cils. Ces ophthalmies datent ordinairement de la troisième période : elles sont souvent suivies d'opacité de la cornée; d'autres fois celle-ci se ramollit, se perfore; l'œil se vide, ou bien un staphylome s'établit. A la suite de la variole, on voit encore survenir, dans différentes parties du corps, des abcès nombreux qui se forment rapidement d'un jour à l'autre, et presque sans douleur. Ces abcès semblent souvent naître sans le concours d'aucun travail inflammatoire bien évident : on dirait que le pus qui a été résorbé dans la fièvre de suppuration, ayant été retenu dans la masse du sang, est ensuite exhalé brusquement dans un ou plusieurs points du corps. Enfin, il est des malades qui, après avoir échappé à la variole, succombent à une diarrhée opiniâtre, qui se lie le plus souvent à des ulcérations ou à un ramollissement avec destruction de la muqueuse du colon; d'autres enfin deviennent phthisiques.

Cependant, dans quelques cas, rares d'ailleurs, la variole a guéri certaines maladies rebelles, ou modifié avantageusement certaines constitutions débiles; on l'a vue surtout amener fréquemment la guérison d'engorgements ganglionnaires et d'éruptions chroniques à la peau. Ailleurs, la révulsion violente qui s'établit sur la peau pendant l'éruption a quelquefois suffi pour faire avorter ou arrêter brusquement des phlegmasies viscérales, comme la pneumonie. M. Andral en cite un exemple curieux dans le tome III de sa *Clinique* (observ. 60ᵉ de la 4ᵉ édition). Enfin, MM. Rilliet et Barthez, ayant fréquemment rencontré des tubercules à l'état crétacé chez les sujets emportés par la variole, ou succombant quelque temps après cette éruption, en ont conclu que cette maladie tendait à guérir les tubercules en leur faisant subir la transformation crétacée. Mais cette conclusion ne paraîtra pas sans doute très rigoureuse. D'ailleurs, l'opinion de ces médecins ne nous semble même avoir aucune vraisemblance; car on ne peut supposer avec eux qu'il puisse suffire de quelques jours, ou de quelques semaines au plus, pour opérer dans la constitution du tubercule un changement qui d'ordinaire ne s'effectue que par un travail de plusieurs années.

Récidives. — En général, la variole n'atteint qu'une fois les individus

dans tout le cours de la vie. Cependant les cas de récidives ne sont pas fort rares ; quelques uns les évaluent approximativement à un cinquantième ; M. Gaultier de Claubry dit qu'elles sont dans la proportion de 1 à 63.

Anatomie pathologique. — Lorsque l'éruption variolique n'est encore qu'à l'état papuleux , l'épiderme est déjà ramolli et presque séparé du derme, bientôt une exhalation de sérosité se forme, et plus tard c'est une production concrète. En disséquant en effet la pustule variolique, on trouve sous un épiderme qui a conservé à peu près son épaisseur une pseudo-membrane d'un blanc mat, assez ferme, un peu friable, ayant la forme d'un cône tronqué, d'un millimètre d'épaisseur, et déprimée à son centre. Ce disque adhère plus à l'épiderme qu'au derme. Au-dessous de cette production pseudo-membraneuse, le derme est finement injecté ou ecchymosé. Lorsqu'on examine les pustules à une époque plus avancée, on y trouve du pus jaunâtre et consistant. On a dit que la forme ombiliquée des pustules était produite par une filament celluleux qui s'étendrait de l'épiderme au derme ; d'autres la font dépendre de la traction exercée sur l'épiderme par les conduits excréteurs des glandes cutanées. Mais , d'après ce que j'ai dit, on voit que la disposition ombiliquée dépend de la forme même du disque.

On trouve des pustules sur plusieurs des muqueuses, telles que la conjonctive et la pituitaire, sur la muqueuse de la vulve, du prépuce, de la bouche, et beaucoup moins souvent sur celle du larynx, de la trachée et des bronches, plus rarement encore peut-être à la surface de l'œsophage, de l'estomac et du rectum, peut-être jamais dans les autres parties du tube digestif. Les pustules qu'on rencontre sur les muqueuses sont en général affaissées, vides de pus ; elles sont parfois remplacées, surtout sur la muqueuse du larynx, par des ulcérations arrondies , grisâtres, plus ou moins confluentes.

Chez les sujets emportés par la variole , on ne trouve aucune lésion constante dans les organes intérieurs. Les plus fréquentes sont le ramollissement partiel de la muqueuse gastro-intestinale, des pétéchies, des congestions sanguines vers les poumons, quelquefois l'hépatisation, la splénisation de ces organes, qui peuvent aussi être le siége de noyaux d'apoplexie ou d'abcès métastatiques commençants, ainsi que M. Piorry paraît l'avoir souvent constaté. Le cœur est flasque, ramolli ; le sang est pâle, séreux, diffluent, ce qui explique la facilité avec laquelle il pénètre les parois des vaisseaux, qu'il colore en rouge ou en noir. Enfin, du côté des centres nerveux, on ne trouve guère qu'une injection des méninges et du cerveau, avec un épanchement séreux qui est généralement en rapport avec la longueur de l'agonie. (Pour l'état du sang , voir plus bas : *Nature des fièvres éruptives.*)

Diagnostic. — Parmi les symptômes prodromiques que nous avons énumérés, il n'en est aucun qui indique *sûrement* une éruption prochaine de variole. Aussi est-on exposé à confondre souvent la variole à son début avec une autre affection, surtout avec une fièvre typhoïde. Cependant un appareil fébrile intense , débutant presque toujours brusquement chez un

sujet non vacciné, et s'accompagnant de céphalalgie, d'envies de vomir, et surtout de *douleurs très vives dans les lombes*, doit faire soupçonner une variole plutôt que toute autre affection. L'éruption, dès qu'elle est visible, est caractéristique, et ne pourrait être confondue avec une autre affection que par une personne ignorante. D'ailleurs nous verrons plus tard en quoi l'éruption variolique diffère de la varicelle, de la rougeole, de la scarlatine, de l'érysipèle, etc.

Dans la variole, l'éruption n'est qu'un des éléments de la maladie; cependant ce n'est que d'après elle qu'on peut établir le diagnostic de l'affection. On dit pourtant qu'il y a des varioles dans lesquelles l'éruption manque tout à fait, et qui ne sont caractérisées que par les symptômes généraux. Cette idée malheureuse appartient à Sidenham, qui, en donnant à la fièvre putride de la constitution de 1667 le nom de *varioleuse*, inspira aux auteurs l'idée d'un *morbus varioli cus sine pustulis;* opinion qui a jusqu'à ce jour été généralement acceptée comme vraie, mais cela sans examen et sans qu'on puisse invoquer aucun fait clinique en sa faveur. Peut-on dire, en effet, qu'un individu a eu la variole lorsque, s'étant exposé à la contagion, il éprouvera seulement des frissons, du lumbago, de la céphalalgie, des vomissements, et une fièvre intense et continue pendant deux septénaires? Y a-t-il dans quelques uns de ces symptômes ou dans leur ensemble quelque chose de caractéristique, et ne rencontre-t-on pas le même appareil symptomatique au début ou dans le cours d'une foule d'autres maladies? Ainsi donc, je le répète, la variole ne peut avoir d'autre caractère essentiel pathognomonique que l'éruption: la maladie ne peut exister ou du moins être diagnostiquée sans elle.

Pronostic. — La variole est une maladie grave. Des calculs nombreux ont prouvé qu'elle avait fait beaucoup plus de ravages que la peste elle-même, puisque, avant la vaccine, elle enlevait à elle seule la quatorzième partie de l'espèce humaine. Elle fait périr du sixième au huitième des individus qu'elle attaque; et, quand elle règne épidémiquement, la mortalité peut s'élever à un quart ou même à un tiers. Rhazès a établi avec raison que, lorsque la fièvre augmente ou persiste au même degré après l'éruption, on doit concevoir des craintes sur l'issue de la maladie. La gravité du pronostic est généralement proportionnée au nombre des pustules; c'est ainsi que la variole confluente doit être considérée comme une des maladies les plus graves dont l'homme puisse être atteint. Les enfants, pourvu qu'ils ne soient pas trop jeunes, surmontent les dangers de la variole plus facilement que les adultes et surtout que les vieillards. Lorsque la variole atteint une femme enceinte, l'avortement ou l'accouchement prématuré a presque toujours lieu, et il est rare alors que la malade survive. Ainsi, sur vingt-sept femmes enceintes atteintes de variole, M. Serres en a vu vingt-trois avorter et une seule survivre; trois n'avortèrent pas et guérirent (1). La maladie est aussi beaucoup plus fâcheuse en temps d'épidémie,

(1) Mead prétend que si la femme n'avorte pas, l'enfant est exempt de la variole pour le reste de ses jours, à moins qu'il ne vienne au monde avant la maturité des boutons. C'est là un fait curieux qui reste encore à vérifier.

pendant la saison froide, ou bien encore lorsqu'elle affecte des femmes ou des individus débilités par une cause quelconque. L'affaissement subit des pustules, ou bien leur mollesse survenant dès le début, sont des signes qui doivent faire redouter une issue funeste. Les hémorrhagies, par quelque voie qu'elles se fassent, constituent aussi toujours un sympôme fâcheux. S'il survient des défaillances, on ne doit, dit Rhazès, presque plus conserver d'espoir. Il en est de même de toutes les complications phlegmasiques qui se font du côté des cavités splanchniques. Au contraire, Sydenham regardait la salivation, le gonflement de la face, celui des pieds et des mains, comme étant d'un favorable augure. Il signalait la non-manifestation des deux premiers phénomènes comme une circonstance très fâcheuse. Ainsi l'Hippocrate anglais considérait comme voués à la mort tous ceux chez lesquels le ptyalisme qui cesse au onzième jour à partir du début n'était pas suppléé par le gonflement de la face qui doit persister encore, ainsi que par une tuméfaction analogue qui commence à envahir les pieds et les mains. Des faits nombreux ont prouvé qu'on ne pouvait pas accepter dans toute sa rigueur la proposition de Sydenham ; elle est cependant généralement vraie. Tous les accidents cérébraux ont de la gravité, mais surtout les convulsions, bien que Sydenham, Cullen, Mead et d'autres aient prétendu que, survenant dans les prodromes, elles indiquent que l'éruption sera bénigne. Le coma, le délire violent et persistant, se lient également aux formes graves de la maladie; le délire est surtout fâcheux lorsqu'il se déclare à une période voisine du début. Ainsi Freind n'a jamais vu guérir aucun des malades qui avaient commencé à délirer au quatrième jour de l'éruption.

Étiologie. — La variole affecte les individus de tout âge, de tout sexe, de toute constitution : cependant l'enfance, surtout après six ans, la jeunesse et le sexe féminin y prédisposent davantage. Elle sévit également dans tous les climats et sur toutes les races humaines. Plus de quarante observations consignées dans les annales de la science prouvent que la variole peut atteindre le fœtus en même temps que la mère, d'autres fois le fœtus seul est atteint; on dit même que, dans un cas de grossesse double, un seul des enfants a été frappé par l'éruption (1). On observe la maladie dans toutes les saisons : cependant elle se montre ordinairement au printemps, sévit avec plus de force en été, s'adoucit en automne, et s'éteint souvent pendant l'hiver. Il est des individus privilégiés qui ne contractent jamais la variole; tandis que d'autres, comme nous l'avons déjà dit, sont aptes à la gagner plusieurs fois, sans qu'on connaisse la cause de ces anomalies.

(1) La variole qui atteint le fœtus est en général discrète ; on ne compte au plus qu'une centaine de pustules sur tout le corps. Les pustules, réparties à peu près également sur toute la surface des téguments, baignées par le liquide amniotique, ne marchent pas comme si elles avaient le contact de l'air, mais elles ressemblent davantage par leur évolution à celles qui se développent sur les muqueuses. Ainsi quelques unes se résolvent, d'autres s'ulcèrent promptement après la chute du petit disque pseudo-membraneux, et la petite solution de continuité se cicatrise sans laisser le plus souvent aucun vestige; quelquefois pourtant il y a des cicatrices caractéristiques, mais peu profondes. (Voir une bonne Thèse de M. Chaigneau, n° 21, Paris, 1847.)

La variole est essentiellement contagieuse. Son développement dans notre climat n'est probablement jamais spontané. Elle se communique par contact immédiat ou médiat. Le caractère contagieux commence avec la suppuration des pustules et persiste jusqu'après la chute des croûtes. Une variole discrète peut donner lieu à une variole confluente et réciproquement.

Traitement curatif. — Lorsque la variole, qu'elle soit discrète ou confluente, poursuit régulièrement sa marche sans présenter aucune complication grave ni aucun symptôme prédominant, on prescrira une médication purement expectante. Les malades seront placés dans un lit, on les couvrira modérément, on entretiendra dans l'appartement une température de 12 à 14° R.; on les soumettra à une diète absolue; ils prendront une plus ou moins grande quantité de boissons douces, délayantes, acidules, tempérantes. On administrera des pédiluves au début, ou on promènera des cataplasmes sinapisés sur les extrémités inférieures, afin de calmer la céphalalgie. On baignera les yeux avec une décoction émolliente tiède lorsque les paupières seront le siége de pustules douloureuses. On prescrira quelques gargarismes émollients pour adoucir les douleurs de la gorge et de la bouche. Dans les cas de déglutition très difficile, quelques auteurs, notamment Mead et Huxham, conseillaient d'appliquer des vésicatoires sur le cou ou derrière les oreilles; mais il est douteux que cette pratique, inusitée aujourd'hui, ait quelque avantage. Si la constipation, qu'il est ordinaire d'observer dans les trois premières périodes, résiste à l'usage des lavements, on administrera utilement un léger laxatif; si au contraire il survient une diarrhée abondante qui empêche le développement régulier de l'éruption, on administrera les mucilagineux, et une petite quantité d'opium par la bouche ou en lavement. C'est contre cet accident que Lassonne conseillait, dans les *Mémoires de la Société royale de médecine* (an. 1779), comme un remède souverain, l'usage du lait qu'il coupait avec la tisane de racine de persil. Lorsque les malades sont agités, inquiets, tourmentés par l'insomnie, on les calme souvent en donnant un bain tiède d'une demi-heure; je crois aussi qu'en pareil cas on peut, à l'exemple de Sydenham, prescrire une préparation opiacée; les craintes que ce médicament inspire à quelques personnes ne me semblent pas tout à fait justifiées: Cullen, qui avait une si grande expérience, en donnait à presque tous ses malades dès le cinquième jour et pendant tout le cours de l'affection. Sydenham voulait aussi que les malades restassent levés dans les cinq ou six premiers jours de l'éruption; il en agissait ainsi surtout chez les enfants et pendant l'été, il avait cru reconnaître qu'il prévenait par là la tendance aux hémorrhagies passives. Mais les avantages de cette pratique n'ont pas encore été suffisamment démontrés.

Cependant, dans un grand nombre de cas, le traitement de la variole ne peut être aussi simple. Lorsqu'en effet il y a dans le commencement de l'affection des signes d'une violente réaction fébrile, lorsque le pouls est large et dur, lorsque l'on observe des signes de congestion viscérale, on devra pratiquer une saignée générale ou locale; mais il faudra toujours

n'employer les émissions sanguines qu'avec la plus grande réserve, et lorsque l'indication est positive. Nous ne saurions par conséquent conseiller d'imiter la conduite de Mead, qui regardait les émissions sanguines comme le premier et le plus nécessaire de tous les remèdes, et qui, conséquent avec cette doctrine erronée, pratiquait deux ou trois saignées dans les deux ou trois premiers jours de la maladie, et ne craignait pas d'y revenir même pendant la période de suppuration, lorsque la chaleur fébrile était trop vive. M. Bouillaud se loue aussi de l'application qu'il a faite au traitement de la variole confluente de sa méthode des saignées coup sur coup, sans pourtant la pousser aussi loin que dans les phlegmasies franches. Mais ce professeur n'a apporté encore aucune série de faits en faveur de ce mode de traitement que tous les praticiens éclairés repoussent, et qui déjà avait trouvé, dans le siècle dernier, deux ardents défenseurs dans Chirac et dans Sylva.

Il est difficile de dire la conduite qu'il faut tenir dans les varioles graves qui s'accompagnent d'un trouble considérable du système nerveux. Les saignées, les antispasmodiques, les purgatifs, échouent presque toujours ; dans ce cas, la plupart des médecins ont alors recours aux révulsifs cutanés, tels que sinapismes ou vésicatoires. Mais ces moyens sont sans effet ; ils sont en outre irrationnels, puisqu'ils viennent ajouter une nouvelle inflammation à celle qui occupe déjà toute la surface de la peau. Il n'y a donc aucun agent efficace à opposer au délire ou aux convulsions violentes : cependant Cullen dit avoir combattu avec succès ces derniers par de fortes doses d'opium ; ce moyen ne saurait donc être négligé. Dans les cas où la variole s'accompagne d'accidents adynamiques, lorsque surtout des hémorrhagies passives ont lieu, le vin, le quinquina et les acides minéraux seront indiqués.

Lorsque l'éruption semble se faire lentement et avec peine, on conseille généralement les bains chauds à 28 ou 30° R., et même les bains de vapeur ; les boissons chaudes diaphorétiques, quelques stimulants, comme l'acétate d'ammoniaque (8 à 16 grammes et plus dans la tisane), et même quelques toniques si le malade est en même temps affaibli ou prostré ; la peau sera aussi excitée par des sinapismes et par des frictions sèches ou aromatiques. Enfin, en pareil cas, Huxham se louait beaucoup de l'administration d'un léger émétique. Les accidents ataxiques sont ceux qu'il est le plus difficile de combattre, et malheureusement on n'obtient guère alors de bons effets ni des sangsues mises derrière les oreilles, ni de l'administration des remèdes appelés antispasmodiques.

Un des principaux dangers de la variole résidant dans la quantité et le développement des pustules, beaucoup de médecins ont tenté, à différentes époques, d'en limiter le nombre, ou, une fois développées, de les faire avorter ; c'est dans ce but qu'on a employé des saignées copieuses, des affusions froides, qu'on a administré des vomitifs et des purgatifs répétés, et donné à l'intérieur des doses considérables d'acides minéraux, de préparations antimoniales et mercurielles. Mais ces remèdes violents n'ont jamais produit les heureux résultats qu'on s'en était promis, et c'est avec raison

qu'on y a généralement renoncé. J'en dirai de même de la pratique de M. Eichhorn, qui conseille dans la fièvre d'invasion ou au plus tard dès que l'éruption commence, de pratiquer sur la peau quarante à cinquante incisions, et d'y introduire la plus grande quantité possible de virus-vaccin.

Quelques uns, dans l'espoir de prévenir les accidents de résorption, ont conseillé de considérer les pustules comme de petits abcès, et d'en faire l'ouverture; mais leur nombre rend cette pratique tout à fait inexécutable. D'ailleurs la simple incision, laissant l'épiderme en place, n'empêche pas le pus nouvellement sécrété de s'accumuler et de séjourner au-dessous.

La cautérisation des pustules par le nitrate d'argent, conseillée par MM. Bretonneau, Serres, Velpeau (c'est la méthode *ectrotique*), a compté beaucoup de partisans. Mais pour que cette méthode fût efficace, il faudrait cautériser chaque pustule en particulier, ce qui est peu avantageux dans la variole discrète, et tout à fait impraticable dans la variole confluente: aussi, dans celle-ci a-t-on conseillé de faire la cautérisation en masse, à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution concentrée d'azotate d'argent. Mais l'expérience ne s'est pas prononcée en faveur de cette pratique douloureuse, qui rarement d'ailleurs a été utile, et a peut-être quelquefois été cause de graves accidents. Quelques uns de ceux qui n'ont pas adopté la cautérisation comme méthode générale, en ont néanmoins réservé l'emploi pour faire avorter les pustules du bord libre des paupières : mais nous n'avons reconnu aucun avantage à cette médication, qui est aujourd'hui assez généralement abandonnée. D'ailleurs, si on veut obtenir de la cautérisation l'effet qu'on désire, on devra la faire dans les quatre ou cinq premiers jours de l'éruption.

Baillou, et plus tard Zimmermann, Rosen, etc., avaient autrefois remarqué que des emplâtres mercuriels avaient arrêté le développement des pustules varioliques. Ces faits avaient été presque oubliés, lorsque M. Serres, et plus récemment MM. Briquet et Nonat, entreprirent de nouvelles expériences qui ont prouvé l'utilité des topiques mercuriels, et surtout de l'emplâtre de Vigo. Ainsi M. Briquet, qui a publié sur ce sujet le travail le plus complet (*Archives* de 1838), a reconnu que lorsqu'on recouvre pendant quatre ou cinq jours l'éruption à son début d'un emplâtre mercuriel, on empêche le travail de suppuration de se faire, on produit la résolution de quelques pustules, tandis que la plupart sont transformées en vésicules ou en une sorte de tubercule dur. Pour produire ce résultat, on se sert communément de l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*, qu'on étend en couche de 4 à 5 millimètres d'épaisseur sur une toile assez grossière; on l'applique ensuite sur le visage, qu'on recouvre complétement, en ménageant cependant des ouvertures au niveau des narines, de la bouche et des yeux. Cet emplâtre est maintenu sur la face à l'aide d'une bandelette de diachylon placée transversalement sur la lèvre supérieure, que l'on croise derrière la tête, et dont les deux bouts viennent ensuite se réunir au milieu du front. M. Briquet conseille aussi de mettre le même emplâtre sur la plus grande partie de la peau. C'est là une pratique qu'il est prudent d'imiter, puisqu'elle a pour effet de s'opposer à la suppura-

tion et à tous les accidents qui en sont la conséquence, de calmer les symptômes généraux, de les rendre moins graves, et d'empêcher les cicatrices difformes. L'emplâtre de Vigo n'agit point par compression, mais uniquement par la préparation mercurielle qu'il contient. Ce traitement n'offre aucun danger ; mais il a eu parfois l'inconvénient de produire une salivation plus ou moins abondante. On peut avec avantage remplacer l'emplâtre de Vigo par l'onguent mercuriel qu'on étend en couche mince sur les points envahis.

Lorsque les pustules ont suppuré, lorsque la tuméfaction est considérable, il convient, pour prévenir la résorption du pus et l'érosion de la peau, de percer le sommet des pustules avec une lancette, et d'absterger avec soin la matière qui s'en écoule. Cette pratique, employée anciennement par quelques Arabes, a aussi été préconisée avec raison par Van-Swieten, par Tissot, par Rosen, par Stoll et par les deux Frank. Pendant la période de dessiccation, on surveillera les malades ; on les empêchera de se gratter et d'arracher les croûtes, ce qui irrite et rend saignantes les surfaces dénudées, et devient souvent la cause de ces cicatrices couturées qui défigurent beaucoup d'individus. On tâchera de calmer le prurit, et on favorisera la chute des croûtes par des onctions huileuses et des lotions faites avec une eau mucilagineuse et narcotique (décoction de graine de lin et de têtes de pavot). On devra aussi changer le linge aussitôt qu'il est raide et puant ; c'est un soin qu'on néglige trop souvent. Pendant la convalescence, il faut surveiller le régime des malades, et éviter qu'ils ne se donnent des indigestions, que leur voracité rend très fréquentes.

Les médecins ayant remarqué que dans certaines épidémies la variole emportait presque tous ceux qu'elle atteignait, voyant en outre que la gravité de cette maladie dépendait souvent des circonstances accidentelles au milieu desquelles elle s'était développée, proposèrent de l'inoculer, ce qui permettrait de choisir le temps, l'âge, la disposition du corps la plus favorable pour le développement et la terminaison heureuse de l'éruption. Cette pratique, usitée depuis longtemps en Orient, ne se répandit en Europe que vers 1675. Cependant elle était encore presque inconnue en France au commencement du XVIIIe siècle : ce fut vers cette époque que, défendue et prônée par les philosophes et surtout par les deux plus grands d'entre eux, par Voltaire et J.-J. Rousseau, ayant aussi pour défenseurs Antoine Petit, Bordeu et la Faculté de médecine, elle ne tarda pas à se répandre, et elle était assez généralement adoptée par les médecins lorsque la vaccine fut découverte.

DE LA VACCINE OU DE LA PROPHYLAXIE DE LA VARIOLE.

Il se développe *spontanément* sur le pis des vaches une éruption particulière nommée *cowpox*, de deux mots anglais, *cow*, vache, et *pox*, variole (variole des vaches). Les pustules qui constituent cette éruption contiennent un fluide virulent appelé *vaccin*, lequel, inoculé à l'homme, dé-

termine à son tour une éruption spéciale nommée *vaccine*, qui a la propriété de préserver l'individu de la variole.

Historique. — Quoique la vaccine ait été connue des médecins indous et persans ; quoique depuis le milieu du dernier siècle on ait à plusieurs reprises, tant en Angleterre qu'en France, signalé la possibilité d'inoculer la picote des vaches à l'homme pour le préserver de la variole, cependant on ne saurait contester à Édouard Jenner la gloire d'avoir réellement démontré la vertu préservatrice de la vaccine et d'avoir popularisé cette admirable découverte. Ce ne fut qu'en 1798, c'est-à-dire après douze ou treize ans de pénibles recherches, que Jenner publia ses premiers travaux, qui ont immortalisé son nom, et lui ont assigné une place éminente parmi les plus grands bienfaiteurs de l'humanité (1).

La vaccine a été en France l'objet de quelques travaux sérieux. Nous citerons surtout ceux du comité central de vaccine et de M. Husson son secrétaire. Ce médecin a publié, en outre, dans le *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, un bon article qu'on lira avec intérêt (article *vaccine*). Nous mentionnerons aussi l'excellent livre de M. Bousquet ; ce médecin est aujourd'hui en France celui qui s'occupe avec le plus de succès de tout ce qui est relatif à l'histoire de la vaccine. Enfin, plus récemment, M. le docteur Steinbrenner a publié un grand travail couronné par l'Académie des sciences, et où on trouve exposées avec conscience et talent toutes les questions relatives aux vaccinations et revaccinations.

Précautions pour la vaccination ; manière de la pratiquer. — On peut vacciner dans toutes les saisons et à tout âge. On attend généralement que les enfants soient âgés de deux ou trois mois pour les inoculer ; mais cette pratique n'a aucun avantage, et ce retard a été cause que beaucoup d'enfants ont eu une variole qu'on aurait pu leur éviter. Nous croyons qu'il ne faut guère tarder plus d'un mois à six semaines pour vacciner les enfants. Si on était en temps d'épidémie de variole, il faudrait même inoculer dès les premiers jours de la naissance. Il n'y a aucune préparation à faire subir aux sujets qu'on va vacciner.

L'opération de la vaccine est fort simple. Elle consiste à prendre d'abord sur la pointe d'une lancette une goutte du fluide vaccin ; l'opérateur saisit alors avec la main gauche la partie postérieure du bras du sujet, de manière à tendre la peau, tandis que l'autre main, armée de l'instrument, introduit celui-ci horizontalement sous l'épiderme dans une longueur de quelques millimètres. On retire bientôt la lancette, en retournant un peu la lame de manière à l'essuyer. Si le vaccin dont on se sert est solide, on ne l'inocule qu'après l'avoir délayé dans une petite quantité d'eau. Il convient de faire ainsi deux ou trois piqûres à chaque bras, car peut-être plusieurs boutons préservent-ils mieux et plus longtemps qu'un seul : c'est ce qui semble du moins résulter des recherches d'Eichhorn. Cet auteur prescrit

(1) Le docteur Michéa a publié, dans le numéro du 11 septembre 1847 de l'*Union médicale*, un article prouvant que l'inoculation, et, chose plus merveilleuse encore, la vaccine, étaient connues des médecins indous. L'extrait qu'il donne du *Sateya Grantham*, livre sacré attribué à *Dhanwantari*, le prouve sans réplique.

même de faire seize ou vingt piqûres, pour exciter une réaction fébrile qu'il regarde comme indispensable et d'un effet d'autant plus certain qu'elle est plus vive. Cependant presque personne en France n'a adopté cette pratique, car il n'est nullement prouvé que la vertu préservatrice de la vaccine soit d'autant plus certaine que les effets locaux et généraux sont plus intenses.

L'absorption du vaccin se fait avec une rapidité extraordinaire ; ainsi non seulement le petit écoulement de sang qui a lieu par les piqûres n'entraîne pas le virus au dehors, mais Itard a cherché vainement à prévenir l'infection en lavant les piqûres aussitôt faites et même en activant l'écoulement du sang par l'application d'une ventouse.

Effets de l'inoculation vaccinale. — Au moment de l'inoculation, il se forme presque toujours autour de la piqûre une aréole rouge qui disparaît après quelques minutes, et qui ne présage pas, comme on l'a dit, le succès de la vaccine. Pendant les trois premiers jours, la partie vaccinée ne présente aucun changement; mais dès la fin du *troisième* ou du *quatrième jour*, on commence à sentir au niveau des piqûres un point dur et saillant, qui grossit le *cinquième jour*, et devient le siége d'un prurit ; au *sixième* il s'élargit, s'aplatit, s'ombilique à son centre, et prend une teinte d'un blanc bleuâtre. Au *septième* et au *huitième jour*, la pustule augmente ; une aréole rouge l'entoure ; l'inflammation s'étend au tissu cellulaire. Au *neuvième* et au *dixième jour*, l'aréole s'étend ; l'engorgement augmente ; il y a parfois un peu de fièvre, d'agitation ou de malaise, surtout chez l'adulte, dont les ganglions axillaires s'engorgent aussi plus souvent que chez les enfants. Au *onzième*, la pustule se flétrit ; elle brunit ; l'aréole pâlit et jaunit. Du *douzième* au *treizième jour*, la dessiccation s'opère ; la croûte tombe du *vingtième* au *vingt-cinquième jour*, et laisse à découvert une cicatrice gaufrée et rayonnée.

Si on étudie *anatomiquement* le bouton vaccinal, on voit qu'il siège dans le corps muqueux. Constitué d'abord par un tubercule, il offre plus tard, quand on l'incise, une foule de petites cellules séparées, sans communication entre elles, contenant un fluide, le vaccin. Cette disposition existe surtout du sixième au neuvième jour. Enfin, lorsque la suppuration est bien établie, toutes les cloisons se rompent, et on ne trouve plus qu'une cavité.

La vaccine n'offre pas toujours une marche aussi régulière que précédemment : ainsi la période d'incubation peut être ou plus longue ou plus courte ; ce dernier cas doit toujours inspirer des doutes sur la bonté de l'éruption. Si plusieurs boutons surviennent sur le même sujet, ils ont presque toujours la même marche et le même développement : cependant il n'est pas rare d'observer le contraire, de voir, par exemple, des pustules toucher à leur fin, tandis que d'autres ne font que de commencer.

Dans la presque totalité des cas, les pustules ne se développent que sur les points mêmes où l'inoculation a été pratiquée : cependant, on a vu exceptionnellement une éruption vaccinale, plus ou moins abondante, se montrer plus ou moins loin du lieu d'insertion sans qu'on puisse expliquer

ce fait par une inoculation secondaire. Quelques personnes ont regardé ces *boutons* surnuméraires de vaccine comme appartenant à des varioles bénignes modifiées par les vaccinations. Mais si cette opinion est vraie, pour quelques faits rapportés notamment par Woodwille, elle ne serait plus juste pour beaucoup d'autres.

Fausse vaccine. — Indépendamment de l'éruption que nous avons précédemment décrite, l'inoculation vaccinale peut en produire une autre, différente de la première par sa marche, sa forme et sa durée. Elle se montre dès le premier ou deuxième jour, n'offre ni dépression centrale, ni bourrelet, ni éclat argenté; le bouton est acuminé, et lorsqu'on le perce il laisse échapper un fluide qui, en se desséchant, ressemble à de la gomme; la tumeur se vide tout d'un coup, parce que, contrairement à la pustule vaccinale, elle n'est formée que d'une cavité. Enfin cette éruption parcourt toutes ses périodes en six ou sept jours, c'est-à-dire qu'elle finit lorsque la bonne vaccine est arrivée dans toute sa force. L'éruption dont je viens de parler s'appelle *fausse vaccine*, parce qu'elle n'a aucune vertu préservatrice. Les causes ordinaires de la fausse vaccine sont l'inoculation d'un vaccin vieux ou altéré, ou bien l'insertion du virus sur un individu qui a eu jadis la variole ou une vaccine régulière.

Les auteurs parlent encore d'une éruption vaccinale qu'ils nomment *vaccinelle*, qui est à la vaccine ce que la varioloïde est à la variole. C'est en effet une vaccine véritable, puisqu'elle peut se reproduire, se transmettre par inoculation : mais elle est moins régulière que la vaccine franche. Ainsi les pustules ayant des bords aplatis, irréguliers, contiennent peu de liquide; il n'y a pas d'induration; l'inflammation marche avec rapidité, et dès le septième ou le huitième jour les croûtes sont déjà bien formées.

Lorsque la vaccine n'a pas pris ou lorsque l'éruption n'a pas offert les caractères de la vaccine régulière, il faut renouveler l'opération après une ou plusieurs semaines. Il faut souvent répéter plusieurs fois l'inoculation avant d'obtenir un bon résultat. Cette résistance se remarque surtout chez les jeunes gens et les adultes. Mais il est infiniment rare de rencontrer des individus qui soient absolument réfractaires à l'inoculation vaccinale. Aussi, en cas d'insuccès, il vaut mieux, ainsi que le remarque M. Husson, multiplier les essais indéfiniment, plutôt que de s'endormir dans une fausse sécurité.

Traitement. — Il n'y a rien à changer aux habitudes d'un sujet vacciné. Si l'inflammation locale était trop vive, on couvrirait la partie de cataplasmes émollients; s'il y avait un peu de fièvre, on prescrirait la diète et l'usage de quelques délayants.

La vaccine n'est pas une affection purement locale. — En effet, la vertu préservatrice de la vaccine, et les cas bien constatés de boutons *surnuméraires* prouvent suffisamment que le virus résorbé agit sur toute l'économie.

Il est des auteurs enthousiastes qui ont fait de la vaccine une panacée pour toutes les maladies de l'enfance, tandis que ses détracteurs l'ont accusée de produire le rachitisme, les scrofules et la phthisie. L'observation

a depuis longtemps fait justice de toutes ces assertions; on peut affirmer aujourd'hui que la vaccine ne guérit aucune maladie de l'enfance, et qu'elle ne peut préserver les individus d'aucune autre affection que de la variole.

Époque à laquelle la vaccine est préservatrice de la variole.—On n'est pas d'accord sur l'époque à laquelle la vaccine commence à être préservatrice. Les uns disent que ce n'est qu'au neuvième jour, c'est-à-dire à l'époque où on suppose que le virus résorbé agit sur toute l'économie; d'autres, au nombre desquels il faut compter M. Bousquet, prétendent que l'infection s'accomplit pendant la période d'incubation, et, regardant le développement du bouton comme la conséquence ou la preuve de cette infection, ils admettent que la vaccine est préservatrice dès le troisième jour au plus tard. On ajoute même que l'éruption peut manquer complétement, que du malaise et de la fièvre arrivant du troisième au huitième jour peuvent être les seuls accidents de l'infection, et qu'ils suffisent pour préserver les individus de la variole aussi bien que ceux qui ont eu une vaccine régulière. Cette opinion ne me semble pas être encore appuyée sur des faits suffisamment nombreux et parfaitement authentiques. Nous doutons aussi que la vaccine ait acquis toute la plénitude de sa vertu préservatrice avant le sixième ou septième jour; ce qui semble le prouver, c'est que plusieurs médecins, notamment Mongenot, Eichhorn, M. Taupin et M. Bousquet lui-même, ont vacciné avec succès des enfants avec du vaccin pris sur ces derniers, et provenant d'une inoculation faite sur eux 5 ou 6 jours avant.

A quelle époque peut-on prendre du vaccin dans les boutons? — M. Bousquet s'est assuré qu'un bon vaccin existe déjà dans un bouton qui ne fait que de naître; mais il est en petite quantité, et on ne l'extrait qu'avec peine. Ce n'est que du sixième au huitième jour qu'il convient de s'en servir.

Qualités d'un bon vaccin. — Les qualités d'un bon vaccin sont d'être liquide, clair, limpide, diaphane, parfois un peu jaunâtre, légèrement visqueux, de sortir lentement du bouton piqué, et de se dessécher promptement à l'air sous la forme d'un enduit gommeux. Ce fluide n'est point volatil; appliqué sur l'épiderme, il n'y exerce aucune action; il faut, pour qu'il soit absorbé, que la peau soit dénudée. En règle générale, plus le vaccin est jeune, plus il est actif; ses effets sont d'autant plus sûrs que le bouton en contient moins. Toutes choses égales d'ailleurs, le vaccin qu'on prend sur les jeunes enfants a des effets plus certains que celui provenant de personnes âgées. Dans le monde, les parents se préoccupent beaucoup de l'idée que leurs enfants pourraient être vaccinés avec de mauvais vaccin, c'est-à-dire provenant de sujets malsains; mais M. Bousquet a prouvé qu'il n'y a pas plusieurs qualités de vaccin, et que le virus qu'on retire d'un enfant fort ou faible, d'un individu ayant la syphilis, les scrofules, etc., a la même efficacité. Ainsi, il ne paraît pas, malgré l'opinion contraire de Monteggia et de quelques autres médecins italiens, que lorsqu'on prend le vaccin sur un sujet atteint de syphilis, la pustule contienne

les deux virus. Je ne sais encore ce qu'il faut penser de l'opinion du docteur Heine, qui attribue une plus grande efficacité au vaccin recueilli chez des variolés.

Le virus vaccin devra être renouvelé le plus qu'on pourra ; mais comme le cowpox n'est pas aujourd'hui chose commune, quelques personnes avaient pensé qu'en transportant le vaccin de l'homme à la vache, on lui donnerait une nouvelle énergie. Des milliers d'expériences, faites par ordre du gouvernement bavarois dans ces quinze dernières années, confirment cette doctrine ; mais en France elle a trouvé un adversaire redoutable dans M. Bousquet, qui, ayant répété les mêmes expériments, a vu que la vache rendait le vaccin tel qu'on le lui donnait, c'est-à-dire ni plus ni moins actif.

Mode de conservation du vaccin. — Le vaccin est conservé entre deux plaques de verre lutées avec de la cire et entourées de plomb. Ce mode de conservation me paraît préférable au tube, et je suis heureux d'invoquer en faveur de cette opinion l'autorité de M. Bousquet, qui en cela, comme pour tout ce qui concerne la vaccine, a une grande expérience.

Le virus vaccin a-t-il dégénéré depuis Jenner? La chose me paraît incontestable. Il y a peu d'années, M. le docteur Perdreau ayant découvert du cowpox sur une vache de Passy, M. Bousquet le recueillit, l'inocula sur un bras et vaccina avec l'ancien vaccin le bras opposé; or, il résulta de cette comparaison que le nouveau virus réussissait dans des circonstances où l'autre échouait : le premier donnait des pustules plus larges, plus belles, plus brillantes, et excitait une inflammation et une fièvre plus fortes. Des expériences semblables faites en Angleterre, en Allemagne, en Italie, et renouvelées il y a peu d'années en France par MM. Magendie et Fiard, ont donné les mêmes résultats. Le vaccin dégénère donc ; d'où il suit qu'on doit, ainsi que Jenner l'avait d'ailleurs conseillé, le renouveler le plus souvent possible.

Durée de la vertu préservatrice de la vaccine. — Dans ces derniers temps, on a beaucoup discuté la question de savoir si la vaccine préservait pour toujours de la variole, ou si elle n'avait qu'une vertu préservatrice temporaire. Cette grave question d'hygiène publique n'est pas encore suffisamment résolue. Cependant il résulte des documents officiels très nombreux recueillis surtout en Danemark, en Suède, en Allemagne, en Prusse et en Angleterre, documents qui ont été analysés en partie par deux médecins distingués, MM. Dezeimeris et Hardy, dans le tome 2e du journal *l'Expérience*, que la variole est très fréquente chez les sujets vaccinés. Ce fait est incontestable, il est d'ailleurs connu depuis longtemps. Ainsi, en France, par exemple, les personnes vaccinées sont entrées, dans ces dernières années, pour un peu plus d'un tiers dans la somme totale des varioleux (Serres), et cette proportion tend même à augmenter d'année en année. Enfin la variole, rare avant la neuvième année de vaccination, sévit surtout chez ceux dont la vaccine remonte déjà à une époque éloignée, comme dix, quinze ou vingt ans. Cela autoriserait donc à penser que le virus vaccin ne préserve que pour un temps de la variole, et qu'il

convient de faire des revaccinations. Mais on peut objecter à cela un fait incontestable, savoir : que, passé trente-cinq ans, l'aptitude des vaccinés à contracter la variole devient très faible, presque nulle; ce qui prouve, dit M. Serres dans son remarquable *Rapport sur le prix de vaccine* pour 1845, que l'affaiblissement présumé de la vertu préservatrice de la vaccine n'est pas l'unique cause de l'atteinte des vaccinés par la variole. Il faut, en effet, faire ici la part de l'aptitude extrême qu'a l'organisme dans le jeune âge à contracter la variole, aptitude qui s'affaiblit à mesure qu'on avance dans la vie. Quoi qu'il en soit, on en a conclu avec raison à la nécessité des revaccinations.

Revaccinations. — La pratique des revaccinations est généralement adoptée dans les pays du Nord, et elle tend aussi à se répandre en France. On peut invoquer en sa faveur qu'une foule d'épidémies de variole, sévissant chez des vaccinés, se sont tout à coup arrêtées dès qu'on eut soumis à la revaccination les individus exposés à la contagion. Ces faits sont désormais acquis à la science. C'est à l'aide de la revaccination, appliquée comme méthode générale, qu'on a presque complétement éteint la variole dans les armées de Prusse et dans le royaume de Wurtemberg.

Quoique tous les auteurs qui se sont occupés de la question que nous agitons ici s'accordent à reconnaître qu'il est difficile de préciser exactement l'âge où les vaccinations doivent être faites de préférence, cependant on croit assez généralement qu'il est prudent d'y recourir en temps d'épidémie entre la huitième et la neuvième année, et hors ce temps à partir de la quatorzième jusqu'à la trente ou trente-cinquième. On vaccinera indistinctement tous les sujets, sans avoir égard à l'aspect des cicatrices; car celles-ci, quelque belles qu'elles soient, n'indiquent pas que la vertu préservatrice de la vaccine sera absolue. Avouons cependant que la réussite des revaccinations ne trahit pas toujours d'une manière certaine une aptitude plus grande des individus à contracter la variole; mais c'est simplement une probabilité, car on connaît actuellement un grand nombre de médecins d'hôpital qui, ayant eu la variole dans leur enfance, soignant journellement des variolés et s'étant vaccinés dans ces conditions, avaient vu une vaccine régulière se développer. Il est donc des organisations qui sont aptes à ressentir successivement les effets de la variole et du vaccin ou du vaccin et de la variole; nous savons aussi qu'il en est chez lesquels une première atteinte de variole ne préserve pas d'une seconde, et qu'il en est beaucoup d'autres qui peuvent ressentir plusieurs fois les effets du cow-pox, ainsi que Jenner l'a d'ailleurs établi le premier. Si donc la variole n'est pas toujours un préservatif certain, absolu par elle-même, il serait injuste de vouloir exiger plus de la vaccine; mais s'il est vrai (et cela est incontestable) que la vaccine ne met pas nécessairement à l'abri d'une variole consécutive, il est certain du moins qu'elle rend celle-ci tellement bénigne que la mort en est rarement le résultat. Ainsi, tandis qu'en 1841 la variole a emporté en France plus d'un septième de ceux qu'elle a atteints et qui n'avaient pas été vaccinés, la mortalité n'a été que de 1 sur 100 pour ceux qui ont contracté la maladie après avoir eu la vaccine

(Gaultier de Claubry). L'épidémie de Marseille de 1828, et celle que Thomson a observée à Édimbourg en 1818, ont même prouvé que la variole avait été moins souvent funeste chez les sujets vaccinés que chez les individus qui avaient eu antérieurement une première petite vérole. Quoi qu'il en soit, presque tous les vaccinés qui sont impressionnés par le contagium variolique ont une varioloïde plutôt qu'une variole; et dans les cas rares où il y a variole, on trouve que l'éruption dans les trois quarts des cas est très discrète. La variole peut même être modifiée dans ses symptômes et dans sa marche, lorsqu'elle se développe concurremment avec la vaccine. Cette modification sera d'autant plus marquée, d'autant plus sûre, que la vaccine sera parvenue à une période plus avancée au moment de l'éruption variolique. Il paraît aussi que lorsque la vaccination est faite pendant la période d'incubation de la variole, celle-ci modifie la vaccine dans ses principaux phénomènes locaux : ainsi l'aréole inflammatoire est à peine marquée; l'engorgement du tissu cellulaire est peu sensible ou manque même complétement, et les cicatrices succédant à la chute des croûtes sont moins profondes. M. Clèrault, qui a étudié cette question dans sa Thèse (1845), a trouvé que sur 40 cas de vaccine compliquée de variole, la première a présenté 35 fois les modifications que je viens de signaler.

Qu'est-ce que le virus vaccin? On a pu juger d'après ce qui précède de l'analogie et des différences qui existent entre l'éruption variolique et l'éruption vaccinale. Mais quel rapport y a-t-il entre les deux virus? On a soutenu que le virus vaccin n'était autre chose que le virus varioleux, qui, inoculé à la vache, s'était ainsi modifié et adouci. Un médecin anglais a prétendu, en effet, qu'ayant inoculé la variole à une vache en l'enveloppant de la couverture d'un varioleux, l'animal avait pris la variole, et que celle-ci, reportée sur l'homme, s'était changée en vaccine. Ce fait, s'il est exact, est unique dans la science; car jusqu'à présent tous les expérimentateurs qui se sont occupés de cette question ont toujours échoué lorsqu'ils ont voulu transmettre la variole de l'homme à la vache. Nous ignorons donc encore les rapports que les virus vaccin et varioleux ont entre eux. Y a-t-il identité, ou solidarité, ou bien incompatibilité? C'est ce qu'il est impossible de dire dans l'état actuel de la science. Le mode d'action du vaccin pour préserver de la variole est encore un de ces mystères qu'il ne nous a pas été permis de percer.

DE LA VARIOLOÏDE.

SYNONYMIE. — Variole modifiée : varicelle pustuleuse ombiliquée.

Le mot *varioloïde* a été proposé par Thomson pour désigner une éruption cutanée pustuleuse qu'on n'observe guère que chez les sujets vaccinés ou chez ceux qui ont eu déjà une première variole; elle ne diffère de cette dernière affection que par la rapidité de sa marche et par l'absence de toute fièvre secondaire.

Historique. — La varioloïde n'est point une affection nouvelle, comme

quelques personnes l'ont pensé. Si, en effet, on parcourt la relation des principales épidémies de variole que les anciens nous ont laissées, on voit que ces auteurs ont souvent remarqué que des individus ayant eu déjà une variole à une époque plus ou moins éloignée, contractaient parfois une éruption *varioliforme*, dont ils n'ont pas su toujours bien définir les caractères, et qu'ils ont décrite, soit comme une varicelle, soit comme une variole ordinaire; mais leur description a plus de rapports avec celle que nous allons présenter de la varioloïde. Quoi qu'il en soit, ces varioles consécutives ou modifiées ont plus spécialement fixé l'attention des médecins depuis l'introduction de la vaccine.

Symptômes et marche. — La varioloïde s'annonce par les mêmes symptômes prodromiques que la variole. Nous les avons vus aussi intenses, aussi violents que dans les varioles confluentes. L'éruption commence du troisième au quatrième jour par des taches rouges, au centre desquelles est une papule dure et saillante. L'éruption a presque toujours lieu simultanément ou presque simultanément sur tout le corps; d'autres fois, plusieurs éruptions successives se font à un ou deux jours de distance. Le nombre de boutons varie; dans quelques cas on n'en trouve que dix à douze disséminés sur la figure, le tronc et les membres; le plus souvent leur nombre dépasse cent; enfin, il n'est pas rare de voir l'éruption confluente couvrir la presque totalité du corps. Dès le lendemain de leur apparition, les élevures contiennent un fluide séreux; vers le troisième ou le quatrième jour, elles sont aplaties, et pour la plupart ombiliquées. Elles résistent au toucher, et sont entourés d'une aréole rouge. Au sixième ou septième jour, le liquide qu'elles renferment est opaque : il commence à se concréter dès le septième ou huitième; la dessicccation est complète vers le neuvième ou dixième. Les malades n'exhalent pas alors l'odeur fétide qu'on remarque chez les varioleux; enfin, à la chute des croûtes, on trouve rarement de petites cicatrices circulaires, mais ce sont plus souvent des points indurés, des tubercules qui se résolvent très lentement, ou bien de simples taches violacées qui peuvent persister plusieurs mois. La varioloïde s'accompagne de fièvre, d'inappétence et de malaise; comme dans la variole, on observe le gonflement de la face, et une éruption analogue à celle de la peau a lieu dans la bouche et dans le pharynx; mais il y a rarement du ptyalisme; et l'époque de la suppuration n'est jamais marquée par un redoublement de la fièvre. Celle-ci diminue ou cesse vers le huitième ou le neuvième jour.

Cependant la varioloïde n'est pas toujours aussi régulière; sa marche peut même être différente pour les boutons qui ont apparu le même jour. Si, en effet, la plupart ne contiennent de pus qu'après six ou sept jours, il n'est pas rare pourtant de voir des pustules se former en vingt-quatre heures, et présenter déjà un commencement de dessiccation dès le deuxième ou troisième jour. D'autres boutons restent stationnaires, et finissent par se résoudre sans se transformer en pustules. Il résulte de cette marche irrégulière de l'éruption qu'on peut trouver à la fois sur le même individu des papules, des vésicules, des pustules et des croûtes.

Durée, terminaisons. — La varioloïde a une durée de dix à quatorze jours, et sa terminaison est presque constamment heureuse.

Diagnostic. — En résumé, les varioloïdes dont la marche est régulière ne diffèrent point des varioles discrètes pendant le premier septénaire. En effet, les prodromes et les caractères primitifs de l'éruption sont les mêmes dans les deux cas; mais, plus tard, nous trouvons une différence capitale, car la fièvre secondaire ou de suppuration qui existe constamment du huitième au neuvième jour dans la variole, manque au contraire toujours si c'est une varioloïde. Cette dernière présente aussi, dans la plupart des cas, une grande irrégularité dans la manière dont l'éruption se fait dans la marche qu'elle suit. Enfin on observe rarement à sa suite les cicatrices qui sont si communes après la variole. Celle-ci et la varioloïde ne sont que deux variétés d'une maladie unique. On a prétendu trouver des différences anatomiques entre les pustules de la première et celles de la seconde; mais il n'y a rien de fondé à cet égard, car les dissections ont démontré que les pustules avaient la même structure dans les deux cas; toutes contiennent un disque pseudo-membraneux, qui offre seulement un peu moins de développement dans les pustules de la varioloïde. Tous ces faits semblent donc démontrer que la variole et la varioloïde ne constituent que des variétés d'une même affection. Mais d'autres considérations prouvent encore l'identité de deux maladies. Ainsi la variole et la varioloïde existent simultanément dans la même épidémie; on a vu fréquemment la variole donner naissance à la varioloïde, et réciproquement. Enfin, quelques médecins ayant eu la témérité d'inoculer le pus de la varioloïde, ont souvent produit des petites véroles qui ne différaient en rien des varioles spontanées; d'autres fois l'éruption suivait la marche qu'on observait autrefois dans la variole inoculée, c'est-à-dire que des pustules se développaient d'abord au niveau des piqûres; puis au septième jour, la fièvre, le lumbago, les nausées survenaient, et une éruption consécutive se faisait sur le reste du corps. Ainsi la variole et la varioloïde sont produites par le même virus; ces deux maladies sont identiques; la varioloïde n'est donc, comme on l'a dit, qu'une variole *modifiée*, qu'on n'observe guère, ainsi que nous l'avons déjà établi, que chez des sujets qui ont eu antérieurement la petite vérole, et surtout chez ceux qui ont été vaccinés. La varioloïde peut affecter plusieurs fois le même individu; elle a d'ailleurs la même vertu préservatrice contre la variole que la variole elle-même.

Pronostic. — La varioloïde tue rarement les sujets qu'elle atteint : cependant elle peut avoir une terminaison funeste lorsqu'elle se complique d'accidents nerveux, d'hémorrhagie et de laryngo-trachéite; c'est ce qu'on a observé plusieurs fois pendant l'épidémie de Marseille de 1828.

Traitement. — Le traitement est le même que dans la variole discrète.

DE LA VARICELLE, OU PETITE VÉROLE VOLANTE OU VÉROLETTE.

Je réserve le mot de *varicelle* pour désigner une maladie fébrile caractérisée par l'éruption d'un nombre plus ou moins considérable de vési-

cules, dont la dessiccation s'opère du cinquième au huitième jour sans présenter de fièvre secondaire. Cependant quelques auteurs, et M. Rayer en particulier, ont compris sous le nom de varicelle non seulement l'éruption dont je parle, mais encore toutes les affections varioliformes qu'on observe chez les sujets vaccinés et dont j'ai parlé dans l'article précédent. On a prétendu, en effet, que, quelque différentes qu'elles fussent entre elles sous le rapport de leurs caractères extérieurs, ces diverses éruptions étaient néanmoins identiques, qu'elles avaient la même origine, la même source, qu'elles étaient, en un mot, produites par le même contagium. Le professeur Thomson d'Édimbourg, qui l'un des premiers a soutenu cette doctrine, a fondé son opinion, 1° sur l'existence simultanée de la variole et de la varicelle dans le cours d'une épidémie de variole; 2° sur ce que la varicelle ne se rencontre que chez des sujets ayant eu, plus ou moins longtemps avant, une variole ou une vaccine; 3° enfin sur la possibilité de produire une variole avec la varicelle, et réciproquement.

Cependant on a contesté à M. Thomson l'exactitude de tous ces faits. C'est ainsi qu'on a vu la varicelle régner même épidémiquement sans être accompagnée de variole; celle-ci affecte, en outre, fréquemment des sujets qui n'ont été ni vaccinés ni variolés, et chez eux, l'éruption ne diffère en rien de celle qu'on observe chez les individus qui l'ont consécutivement après la variole et la vaccine. On a aussi nié que la varicelle pût produire la variole, et réciproquement. Enfin, on a même contesté à la varicelle vésiculeuse tout caractère contagieux. On voit donc qu'il existe encore à cet égard beaucoup d'incertitude, et il est impossible, dans l'état actuel de la science, de se prononcer sur ce sujet avec connaissance de cause. Cependant, en ne tenant compte que des caractères de l'éruption elle-même, nous croyons que la varicelle constitue une affection distincte de la variole comme de la varioloïde.

Symptômes, *marche*. — L'éruption qui caractérise la varicelle est précédée pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, par du malaise, de la céphalalgie et de la fièvre; il y a assez souvent aussi des vomissements et des douleurs épigastriques. Ces symptômes varient beaucoup d'intensité; ils diminuent et quelquefois même ils cessent au moment de l'éruption.

Celle-ci est caractérisée par des vésicules existant en nombre plus ou moins considérable, et dont la disposition variable a fait admettre deux formes ou variétés de varicelle. Dans la première forme, à laquelle les auteurs anglais ont donné le nom de *chicken-pox*, on voit d'abord apparaître de petites taches rouges semblables à des morsures de puces, qui se transforment pour la plupart, dès le lendemain de leur apparition, en vésicules, dont les unes pointues et les autres aplaties sont remplies d'un liquide qui reste rougeâtre pendant un ou deux jours. Au bout de ce temps, la sérosité devient opaque, lactescente; en même temps les vésicules se flétrissent. Au cinquième jour, elles commencent à se dessécher, et vingt-quatre heures plus tard elles sont remplacées par de petites croûtes minces et brunâtres qui tombent du neuvième au dixième jour.

Dans la deuxième forme de la varicelle, appelée *swine-pox* par les médecins anglais, ou varicelle *conoïde* par Willan, on commence, comme dans la forme précédente, par observer des taches lenticulaires rouges, au centre desquelles apparaît bientôt une vésicule conoïde plus volumineuse que celles du *chicken-pox*, et dont le liquide se trouble dès le deuxième jour; elles sont entourées d'une aréole inflammatoire. Stationnaires les quatrième, cinquième et sixième jours, elles commencent à se dessécher au septième, et lorsque les croûtes jaunâtres qui leur succèdent viennent à tomber, il n'est pas rare de trouver à leur place de petites cicatrices.

Il faut rapporter à cette dernière forme de varicelle la variété qu'on a décrite sous le nom de varicelle *pustuleuse globuleuse*, à cause de l'aspect arrondi et globuleux de l'éruption. Mais on a tort de la nommer pustuleuse, puisque, d'après la remarque de Willan, l'état pustuleux est consécutif; il n'est apparent en effet qu'au deuxième jour de l'éruption, celle-ci étant d'abord constituée uniquement par des vésicules. Je ne dirai rien de la varicelle *papuleuse :* cette dernière existe concuremment avec les varicelles dont je viens de parler, elle est constituée par des papules qui avortent ou qui se résolvent après quelques jours de durée.

Les vésicules de la varicelle sont le siége d'un prurit plus ou moins vif, ce qui souvent porte les malades à les déchirer. Elles sont en nombre plus ou moins considérable. Presque toujours discrètes, on les a vues pourtant être confluentes. Dans la plupart des cas, elles commencent à être visibles au tronc avant d'occuper la face. En général, on observe pendant plusieurs jours des éruptions successives, de sorte qu'on peut voir sur le même individu la maladie parvenue à des degrés différents.

Diagnostic. — On ne pourrait confondre la varicelle avec la forme la plus bénigne de la varioloïde, que lorsque les vésicules ont passé à l'état pustuleux; mais la première diffère de la variole par l'absence de la dépression ombiliquée et du disque pseudo-membraneux, ainsi que par la rapidité avec laquelle la dessiccation s'opère.

Pronostic. — Le pronostic n'offre aucune gravité.

Étiologie. — La varicelle est plus fréquente dans l'enfance; mais elle n'est point exclusive à cet âge, comme on l'a prétendu à tort. Les causes qui y donnent lieu sont tout à fait inconnues. Nous avons déjà dit combien il était douteux que la varicelle fût produite par le contagium variolique. Cette affection paraît être contagieuse; il y a, en effet, dans la science des faits assez nombreux observés par Willan, Fontaneille et Eichhorn, qui prouvent que les différentes variétés de varicelles que nous avons reconnues peuvent être transmises par inoculation.

Traitement. — Le traitement de la varicelle consiste dans l'usage de boissons douces prises tièdes, dans le séjour au lit ou du moins dans l'appartement au milieu d'une température convenable, et dans l'abstinence des aliments solides.

DE LA ROUGEOLE.

SYNONYMIE. — *Morbilli*, *rubeolæ;* fièvre morbilleuse.

La rougeole est un exanthème contagieux précédé de fièvre, de larmoiement, de coryza, de toux, et s'annonçant à l'extérieur par de petites taches rouges, irrégulières, dont quelques unes sont saillantes, et qui, disparaissant vers le septième ou le huitième jour de la maladie, sont suivies le plus souvent d'une desquamation furfuracée.

Historique. — Willan, à l'exemple de Fernel, de Sennert, de Triller et de beaucoup d'autres, n'a pas réussi à prouver que la rougeole ait été connue des Grecs et des Romains. Les savantes recherches de Gruner démontrent qu'originaire de l'Asie, elle apparut en Europe en même temps que la variole. Rhazès, qui en trace la première description exacte, ne signale pas en effet la rougeole comme étant, à l'époque où il vivait, une affection nouvelle. Le mot de *morbilli*, par lequel la rougeole est souvent désignée dans les auteurs anciens, a été proposé dans le XIe siècle par Constantin dit l'Africain, et signifie *petite peste*, parce qu'elle eut probablement alors une gravité qu'elle a rarement aujourd'hui. La rougeole a été l'objet d'un grand nombre de travaux. Le plus ancien est celui de Rhazès, dans lequel la rougeole est mal définie et mal distinguée de la variole. Cette confusion existe d'ailleurs dans la plupart des Traités anciens, dans lesquels les deux maladies sont regardées à peu près comme identiques et ne différant que par l'intensité. F. Hoffmann un des premiers (1), Dehaën (2), Rosen (3), Sydenham (4), et Borsieri surtout (5), sont les auteurs qui établirent le mieux la rougeole en espèce distincte, et tracèrent une bonne description. Les médecins contemporains n'ont guère ajouté aux connaissances antérieures que des indications plus précises sur les complications de la maladie. Nous renverrons surtout à l'ouvrage de M. Rayer *sur les maladies cutanées*, et au *Traité des maladies des enfants*, des docteurs Rilliet et Barthez.

Description de la maladie. — La rougeole simple (*rub. vulgaris*) présente quatre stades, qui sont : l'incubation, l'invasion, l'éruption, la desquamation.

Premier stade. — Je ne dirai rien de la période d'incubation, pendant laquelle on n'observe aucun dérangement appréciable dans la santé. Elle a une durée de six à sept jours.

Deuxième stade, ou invasion. — Le début de la rougeole est marqué par des frissons irréguliers, par des lassitudes, par un malaise général, par de l'inappétence, de la céphalalgie, de la fièvre. A ces symptômes, dont l'intensité varie, se joignent, le deuxième jour, des signes d'inflammation du côté de plusieurs membranes muqueuses. Ainsi les conjonctives sont injectées, rouges, et il y a du larmoiement; les fosses nasales laissent échapper

(1) *Opera*, t. II, p. 62. (2) *Ratio med.*, t. IV, p. 87. (3) *Malad. des enfants*, chap. XIV. (4) *Méd. pratique*, t. I, p. 226 et 279, édit. de Baumes. (5) *Institut. med. pract.*, t. III, p. 104.

un fluide séreux ; elles sont le siége d'un prurit incommode qui excite l'éternument. Quelques malades accusent un léger mal de gorge ; presque tous se plaignent d'oppression et de douleur sternale ; ils sont enroués ; ils toussent sans rejeter aucun crachat, et l'auscultation de la poitrine fait souvent reconnaître alors çà et là un râle sibilant ou ronflant. Ces symptômes s'exaspèrent le jour suivant ; parfois, chez les enfants surtout, il s'y joint un peu d'assoupissement, du délire, et même quelques mouvements convulsifs. Chez d'autres, il y a des vomissements et de la diarrhée. En général, la peau n'est le siége d'aucune sensation spéciale ; sa température est élevée, mais généralement elle l'est à un degré moindre que dans les autres fièvres éruptives. Des sueurs plus ou moins abondantes se montrent communément au moment où l'éruption s'opère.

Troisième stade, ou éruption. — L'éruption cutanée se fait communément du troisième au quatrième jour de l'invasion, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. Elle est caractérisée par de petites taches rouges irrégulières, ayant cependant, pour la plupart, les dimensions et la forme de morsures de puce ; beaucoup forment une légère saillie ; elles disparaissent momentanément sous la pression du doigt, et sont le siége d'un léger prurit. Ces taches, d'abord visibles à la face, se répandent successivement sur le tronc et les membres. L'éruption est souvent complète au bout de quelques heures ; mais, dans la plupart des cas, elle n'est générale que douze ou vingt-quatre heures après. A cette époque la face est souvent très tuméfiée, et les paupières assez gonflées pour empêcher la vision. Les taches offrent beaucoup d'irrégularités et de dissemblance entre elles. Elles sont tantôt parfaitement distinctes, d'autres fois elles se réunissent en plus ou moins grand nombre, et forment de larges plaques rouges, à la surface desquelles le doigt sent de légères inégalités. On a dit que les taches de la rougeole, dont le siége réside dans le corps réticulaire de la peau, avaient toujours la forme d'un croissant ou d'un arc de cercle ; mais, en les examinant attentivement, on ne tarde pas à se convaincre qu'elles ont toutes les formes imaginables, et qu'elles présentent dans leur configuration et leur disposition la plus grande irrégularité. La coloration n'est pas non plus aussi partout la même : la rougeur a, en effet, des nuances différentes, suivant les points ; dans aucun cas elle ne ressemble à celle de la scarlatine. Quelquefois, au milieu de l'éruption morbilleuse, on distingue de petites élevures papuleuses, ce qui lui donne un aspect tout particulier ; on dit alors que la rougeole est *boutonnée*.

En général, lorsque l'éruption est complète, le malaise et la fièvre diminuent ; mais presque toujours les symptômes que nous avons notés du côté des membranes muqueuses persistent ; quelquefois même l'enrouement, la toux et l'oppression augmentent. Dans le cas où il existe de la douleur et de la sécheresse à la gorge, l'inspection de cette partie fait souvent constater, ainsi que sur toute la membrane muqueuse du palais, une éruption absolument semblable à celle des téguments. Vers le quatrième jour de l'éruption, les taches pâlissent ; elles prennent une teinte jaune pâle ou un peu bleuâtre ; souvent alors elles ne disparaissent pas, ou ne

disparaissent qu'incomplétement, quand on les comprime avec les doigts. En même temps la fièvre s'éteint, et les symptômes de catarrhe diminuent ou même cessent pour la plupart.

Quatrième stade, ou desquamation. — Chez un grand nombre de malades, on n'observe pas de desquamation. Dans la plupart des cas cependant on voit, du neuvième au quatorzième jour de la maladie, l'épiderme se séparer dans plusieurs points sous forme de lamelles furfuracées; il existe souvent alors un léger prurit. A cette époque, toutes les fonctions reviennent à leur état normal. Cependant il n'est pas rare de voir les symptômes de bronchite persister longtemps encore pendant la convalescence; la voix reste rauque; la toux, sonore, conserve un timbre particulier (*toux férine*). C'est à cette même période, et à la fin de celle qui précède, que les malades rejettent pour la plupart des crachats opaques, floconneux, déchiquetés, nageant dans un liquide trouble; d'autres sont tout à fait homogènes, purulents, ou striés de lignes opaques, tels qu'on les observe enfin dans la deuxième et la troisième périodes de la phthisie pulmonaire (Chomel).

Variétés. — Tels sont les symptômes et la marche la plus ordinaire de la rougeole. Cependant cette maladie ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères : ainsi il est des rougeoles dans le cours desquelles on n'observe point l'affection catarrhale des membranes muqueuses, c'est-à-dire l'ophthalmie, le coryza, l'angine, et surtout la bronchite (*rougeole sans catarrhe*); parfois il n'existe pas même de fièvre; toute la maladie est alors constituée par l'éruption. D'autres fois, au contraire, on observerait, dit-on, la fièvre et les symptômes ordinaires du catarrhe, tandis que l'éruption manquerait complétement (*rougeole sans éruption*); c'est là un fait d'ailleurs qui a besoin d'être vérifié de nouveau. Quoi qu'il en soit, lorsque ces anomalies ont lieu, les individus n'en sont pas moins préservés de la rougeole, comme si la maladie n'avait rien présenté d'insolite dans sa marche. Chez les sujets affaiblis, on voit parfois l'éruption devenir livide; elle prend une teinte jaunâtre; des ecchymoses ou des pétéchies sont disséminées çà et là; mais celles-ci diffèrent du purpura en ce qu'elles ont la forme et la configuration des taches morbilleuses : c'est la *rougeole noire* de Willan. Enfin il existe des rougeoles *anomales :* dans celles-ci l'éruption peut se montrer plus tôt ou plus tard que de coutume; elle peut commencer par les membres, n'exister que partiellement; d'autres fois elle s'éteint peu après son apparition. Cette rétrocession de l'exanthème succède souvent à l'impression du froid, à l'administration intempestive d'un purgatif, ou bien elle se lie à l'existence de quelque phlegmasie viscérale.

Complications. — Diverses complications peuvent entraver la marche de la rougeole; la plus fréquente de toutes, et cela à tous les âges de la vie, est la pneumonie, qui, chez les enfants, affecte presque toujours la forme lobulaire. Chez les jeunes sujets, on observe encore très fréquemment l'entéro-colite, la gangrène des lèvres et des poumons, et l'inflammation des méninges; ou bien les malades sont emportés rapidement dans le délire, dans le coma et les convulsions, bien que ces accidents ne se lient le

plus souvent à aucune lésion matérielle, saisissable, des centres nerveux. La coqueluche et le croup surviennent beaucoup plus rarement que les complications qui précèdent. Enfin les auteurs, tels que Diemerbroek, Dehaën et une foule d'autres, citent des cas curieux relatifs à des complications de variole et de rougeole. La plupart de ces faits sont rapportés dans la thèse de M. Willemin (1847, n° 102). Il résulte de ces observations que si la variole se déclare la première, cette éruption suspend momentanément sa marche, tandis que la rougeole suit son cours ordinaire. Si c'est celle-ci qui apparaît la première, M. Willemin établit, contrairement à l'opinion d'Hahnemann, que les deux éruptions suivent alors leur cours sans se modifier. Enfin, la variole et la rougeole se déclarent-elles en même temps; il paraît que les deux éruptions se développent simultanément et d'une manière régulière.

Maladies consécutives. — Diverses affections peuvent survenir pendant la convalescence de la rougeole. Les plus fréquentes sont l'inflammation du bord libre des paupières avec ulcération et chute des cils, les engorgements ganglionnaires, la bronchite et la diarrhée chroniques, maladies qui sont généralement plus rebelles dans ces conditions que lorsqu'elles surviennent spontanément. La rougeole favorise le développement des tubercules. Ainsi MM. Rilliet et Barthez ont noté que, sur onze rougeoles primitives chez les enfants, il y en avait une à la suite de laquelle se développaient des tubercules. La même chose existe pour la rougeole des adultes, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture d'un travail inséré en 1847 par M. Michel Lévy dans la *Gazette médicale*; de plus, il est démontré que la rougeole qui atteint les phthisiques hâte la marche de l'affection de poitrine. Enfin l'impression du froid pendant la convalescence peut donner lieu à une anasarque. Cet accident étant beaucoup plus commun après la scarlatine, j'en parlerai en traitant de celle-ci.

Par contre, on a vu parfois la rougeole modifier heureusement ou même guérir quelques maladies préexistantes : ainsi M. Rayer cite un eczéma chronique de la face, et Alibert un eczéma impétigineux du cuir chevelu, qui ont guéri rapidement après une rougeole.

Récidives. — La rougeole n'affecte presque jamais qu'une seule fois le même individu. Rosen n'a observé aucun cas de récidive pendant une pratique de quarante-neuf ans. Cependant Baglivi, Dehaën, Meza, MM. Rayer, Guersant, Blache, etc., citent des faits qui prouvent que la même personne peut contracter la rougeole plusieurs fois.

Ouverture des cadavres.—Chez les sujets qui succombent, on ne trouve pas de lésions qui soient spéciales à la rougeole. Celles qu'on rencontre sont l'effet des complications. (Pour l'état du sang, voir plus bas, *Nature des fièvres éruptives.*)

Diagnostic. — Le développement de la fièvre et les symptômes de catarrhe existant simultanément du côté des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, doivent faire soupçonner le développement prochain d'une éruption morbilleuse. Le diagnostic devient d'autant plus probable que le sujet est plus jeune, qu'il n'a point eu de rougeole antérieure, et que la

maladie règne épidémiquement. Cependant on ne peut avoir à ce sujet que de simples présomptions, puisque tous ces symptômes appartiennent aussi bien à la rougeole qu'à la fièvre catarrhale. Mais toute incertitude cesse vers le troisième ou le quatrième jour, époque à laquelle l'éruption commence le plus ordinairement. La rougeole ne pourra pas être confondue avec une variole commençante, si on se rappelle que dans celle-ci les taches rouges présentent à leur centre *une élevure dure et pointue;* tandis que les taches de la rougeole sont sans aucune dureté, tout au plus si le doigt promené légèrement perçoit quelques petites inégalités. Dans la forme boutonneuse, pourtant, il existe des saillies rouges, un peu dures, qui pourraient faire croire à l'existence d'une variole; c'est une espèce d'érythème papuleux; mais il est rare que les boutons soient alors très multipliés : d'ailleurs l'existence de simples taches sur la plus grande partie du corps fera toujours reconnaître le véritable caractère de la maladie. Nous verrons plus tard en quoi la rougeole diffère de la scarlatine, de la roséole, de l'érysipèle, de la miliaire rouge, etc.

Pronostic. — Dans notre climat, la rougeole est une maladie généralement bénigne; il n'en est plus de même dans les saisons et les pays à température extrême, ou bien lorsqu'elle règne épidémiquement. Cependant on observe rarement aujourd'hui des épidémies aussi meurtrières qu'autrefois, si meurtrières qu'en 1672 elle emportait régulièrement trois cents personnes par semaine (Morton). Le travail de la dentition chez les enfants, chez les femmes l'existence d'une grossesse et l'état puerpéral, sont des circonstances qui aggravent toujours le pronostic. Les convulsions, les pétéchies, le délire, le développement d'une pneumonie, sont des accidents graves, et qui doivent faire redouter une issue funeste. Il en est de même de la disparition brusque de l'exanthème lorsqu'elle coïncide avec quelque complication sérieuse; car la délitescence seule paraît entraîner moins de périls qu'on ne croit communément; c'est ce qui résulte d'ailleurs du travail de M. Michel Lévy, que nous avons déjà cité.

Étiologie. — Il est peu de personnes qui échappent à la rougeole; on peut établir en effet qu'il y a bien moins de sujets qui lui sont réfractaires qu'on ne voit d'individus non vaccinés l'être à la variole. On a observé la rougeole à tous les âges de la vie, et, de même que la variole, on l'a vue quelquefois atteindre l'enfant encore renfermé dans le sein maternel. Cependant cette maladie est plus commune dans l'enfance et la jeunesse. Elle règne dans tous les pays du globe et dans toutes les saisons: toutefois elle paraît avoir son maximum de fréquence vers l'équinoxe du printemps, tandis qu'elle décroît vers le mois de juillet. La rougeole admet une cause spécifique tout à fait inconnue dans sa nature. Elle est essentiellement contagieuse. Il paraît que la contagion est possible depuis le moment où l'éruption s'opère jusqu'après la desquamation, et peut-être même jusqu'au vingtième jour.

Quelques expériences, faites d'abord par F. Home en 1758, répétées par Speranza dans l'épidémie de Milan, de 1822, sembleraient prouver que le principe contagieux de la maladie réside dans le sang. Ces médecins

ayant, en effet, pratiqué une légère incision sur les plaques rubéoleuses, et ayant inoculé le sang qui s'en écoulait, ont développé une rougeole régulière après une incubation de six jours. Alex Monro et Looke disent aussi avoir pu inoculer la maladie avec l'humeur lacrymale et la salive; mais leurs observations sont moins concluantes que celles des précédents expérimentateurs. Des médecins de Philadelphie, les ayant d'ailleurs répétées, n'ont obtenu aucun résultat. Mais les faits les plus concluants, s'ils étaient suffisamment authentiques, seraient ceux de Katona, médecin hongrois, qui, dans une épidémie de rougeole, aurait pu inoculer la maladie à onze cent vingt-deux personnes, et n'aurait échoué que sept fois sur cent; chez tous les autres, il serait survenu une rougeole très bénigne, dont les prodromes commençaient au septième jour de l'inoculation; l'éruption avait lieu, dit-on, le neuvième ou le dixième, la desquamation le quatorzième, et la guérison était complète au dix-septième. Katona pratiquait les inoculations indifféremment avec les larmes des malades, ou avec une goutte de sang tiré des plaques. (*Gazette médicale* 1843.)

Traitement. — Lorsque la rougeole est bénigne, il n'y a aucun traitement actif à faire. Le malade gardera le lit; on le protégera contre l'action d'une lumière trop vive; on le couvrira modérément; on entretiendra dans l'appartement une température douce et uniforme; on donnera des boissons adoucissantes et pectorales. Dans aucun cas, il ne convient d'imiter la pratique de quelques médecins anglais, qui font sur toute la surface du corps des lotions froides, pour diminuer la chaleur fébrile, car on s'exposerait à supprimer l'éruption, et à provoquer le développement d'une phlegmasie pulmonaire, si commune dans le cours de cette maladie. Lorsque la fièvre est violente, lorsque la respiration est difficile, ou qu'il survient quelque complication de nature inflammatoire, la saignée est indiquée. Si quelques circonstances particulières font préférer l'application des sangsues à la phlébotomie, on prendra toutes les précautions pour éviter le refroidissement du corps. On pourra revenir plusieurs fois aux émissions sanguines; cependant il faut recourir à ce moyen avec la plus grande prudence, et ne pas imiter surtout la pratique de Mead, qui saignait le plus ordinairement dans les deux premières périodes. La disparition brusque de l'éruption exige un traitement différent, suivant la cause qui l'a produite. Dans le cas où elle dépend d'une inflammation viscérale, c'est contre celle-ci qu'il faut diriger la thérapeutique, en même temps qu'on tâchera de rappeler l'éruption au moyen de révulsifs puissants promenés sur la peau. Lorsque l'éruption se supprime sous l'influence d'un refroidissement, le malade sera plongé dans un bain chaud ou dans un bain de vapeur; on fera des frictions sèches ou aromatiques; on promènera des sinapismes; on appliquera des vésicatoires; on donnera des boissons diaphorétiques; et s'il existe de la prostration, on ranimera les forces par des toniques et par quelques excitants diffusibles, tels que le café, le thé, l'ammoniaque, l'esprit de Mindérérus, etc. La diarrhée est un accident fréquent de la rougeole, et il importe de l'arrêter promptement; on donne dans ce but les mucilagineux et les opiacés. Quelquefois les mucosités, qui sont sécré-

tées en abondance dans les bronches, s'accumulent dans l'arbre aérien, et produisent, surtout chez les enfants, beaucoup d'anxiété et d'oppression ; on calmera ces accidents en administrant un vomitif, et surtout l'ipéca. La bronchite intense devenant souvent capillaire, exigera les boissons pectorales, le kermès et les vésicatoires sur la poitrine. Contre les pneumonies qui surviennent si souvent, il est difficile de beaucoup insister sur les émissions sanguines ; le tartre stibié à haute dose est généralement plus avantageux. Dans ces cas, les auteurs allemands préconisent l'infusion de feuilles de digitale (40 à 80 centigrammes dans 120 grammes d'eau), moyen dont l'efficacité n'est pas encore prouvée : il en est de même de la pratique du docteur Chiarra, de Naples, qui, dans tout le cours de la maladie, donne 2 ou 3 centigrammes d'aconit dans la tisane, et attribue à ce remède le pouvoir de conjurer les accidents thoraciques. Les symptômes cérébraux céderont souvent à l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, et aux révulsifs portés sur les extrémités; mais il faut prendre garde de trop insister sur le premier moyen.

Prophylaxie. — Lorsqu'une rougeole maligne éclate dans une famille ou dans un pensionnat, etc., il faut se hâter de séquestrer les individus malades. Si l'épidémie est bénigne, peut-être convient-il de laisser les enfants communiquer librement entre eux, afin de les mettre à l'abri pour l'avenir d'une contagion plus grave. C'est dans ce but que quelques auteurs ont conseillé, dans les cas favorables, l'inoculation de la maladie. Nous serions assez de cet avis : aussi voudrions-nous que les médecins qui ont la direction des établissements où sont réunis beaucoup d'enfants se livrassent à ce sujet à quelques expériences qui, dans aucun cas, ne peuvent avoir rien de fâcheux; voilà pourquoi nous n'hésitons pas à les conseiller. Quant aux moyens prophylactiques vantés dans ces derniers temps en Allemagne, tels que les fleurs de soufre (Tourtual), le mélange par parties égales de vin antimonié d'Huxham et d'oxymel scillitique (Wildberg), les fumigations chlorurées (Berndt), la belladone (Mandt), nous n'en dirons rien, car ils ne méritent aucune confiance.

DE LA SCARLATINE.

SYNONYMIE. — *Morbilli confluentes; ignis sacer; morbilli ignei; febris scarlatina;* fièvre rouge, fièvre pourprée.

La scarlatine est un exanthème contagieux et fébrile, caractérisé par de petits points rouges granités et réguliers, ou par de larges plaques d'un rouge framboisé occupant presque toute la surface du corps, s'accompagnant d'une coloration analogue dans la bouche, avec angine plus ou moins violente, et se terminant par desquamation à la fin du premier septénaire.

Historique. — Il est très douteux que la scarlatine ait été connue des Grecs, des Romains, et même des Arabes; ce ne fut guère que vers le milieu du XVIe siècle qu'elle fut signalée par Ingrassias, à Naples, où elle régnait d'ailleurs même avant l'an 1500 ; par Coyttar, médecin à Poitiers, qui l'appelait *fièvre pourprée épidémique et contagieuse ;* enfin par Baillou.

Longtemps on la confondit avec la rougeole et avec l'esquinancie; car on regarde avec raison, dit Jos. Frank, comme ayant appartenu à une scarlatine méconnue, ces épidémies qui, sous les noms d'angine gangréneuse et de garrotillo, ravagèrent, au commencement du XVIIe siècle, l'Espagne, l'Italie et la Sicile. La scarlatine, dont Sennert avait déjà tracé les principaux caractères, fut mieux décrite par F. Hoffmann, par Sydenham, surtout, et par Rosen. Elle a été l'objet de travaux immenses pendant presque tout le XVIIIe siècle, où l'on vit cette maladie n'épargner aucune région de l'Europe. Les travaux qui, depuis quarante ans, ont été fournis sur la scarlatine ont eu presque tous pour but de faire connaître certaines complications ou ont porté spécialement sur l'anatomie pathologique et la thérapeutique de la maladie : nous les mentionnerons plus tard.

Anatomie pathologique. — La scarlatine ne détermine pas beaucoup de lésions. Une couleur violacée de la peau, de la muqueuse du pharynx et de celle des bronches; quelques ecchymoses dans le tube digestif; une congestion sanguine, plus rarement une inflammation des bronches et des poumons avec une injection pointillée des centres nerveux, sont à peu près les seules altérations qu'on trouve dans les solides. Depuis quelques années on a dit aussi avoir rencontré les follicules intestinaux, et surtout les glandes de Peyer, rouges, volumineux, indurés, boursouflés : c'est ce que je n'ai jamais pu vérifier dans aucune des autopsies que j'ai pratiquées. Quoi qu'il en soit, lorsque les follicules sont altérés, ils ne ressemblent jamais aux plaques gaufrées de la fièvre typhoïde, on n'y trouve jamais la matière jaune; ils ne s'ulcèrent pas, et les ganglions mésentériques restent sains. Les recherches de F. Ficher, celles plus récentes faites par Hamilton, par MM. Snow et Rayer, ont prouvé que, chez les individus qui succombent à la scarlatine, les reins sont souvent hypérémiés, et qu'ils peuvent même présenter l'altération qui caractérise le premier degré de la maladie de Bright. Dans les scarlatines épidémiques qui s'accompagnent d'un trouble profond dans l'innervation, on trouve presque toujours le sang diffluent.

Division. — Le cours de la scarlatine se partage en trois périodes, qui sont : l'invasion, l'éruption et la desquamation. On pourrait aussi admettre une période d'incubation plus courte que dans la variole et la rougeole, car elle n'est guère que de trois jours (Heberden et J. Frank).

Première période. — L'*invasion* de la scarlatine est marquée par des frissons, de la fièvre, un grand malaise, de la céphalalgie, symptômes auxquels se joignent souvent des épistaxis, des nausées, des vomissements, un peu de mal de gorge et parfois des accidents nerveux, tels que délire, coma, ou convulsions, spécialement chez les jeunes sujets. Ces symptômes vont en s'aggravant jusqu'au deuxième jour, époque à laquelle l'éruption commence.

Deuxième période ou *éruption.* — La face se tuméfie légèrement, et on aperçoit sur elle de petites taches d'un rouge vif, ne formant point de saillie, et disparaissant momentanément par la pression. De pareilles taches se montrent bientôt sur le cou, la poitrine et les membres. Au bout de

vingt-quatre heures, l'éruption est générale et complète. La peau offre alors une coloration écarlate uniforme, comme si on l'avait barbouillée avec du jus de framboises. Cette coloration existe tantôt par larges plaques irrégulières, séparées par des intervalles où la peau a son aspect normal ; d'autres fois, la couleur rouge se montre uniformément sur toute la surface du corps ; toutefois l'exanthème offre une rougeur plus intense et plus vive partout où l'épiderme a moins d'épaisseur, comme à la partie interne des cuisses, aux aines, sur le scrotum et sur les articulations dans le sens de la flexion des membres. Assez souvent l'éruption scarlatineuse présente un autre aspect : car, au lieu des larges taches dont je viens de parler, on voit une multitude de petits points rouges extrêmement rapprochés les uns des autres, très réguliers dans leur disposition, ce qui donne à la surface de la peau l'aspect de certains granits très fins. Quelle que soit la période de l'éruption, la peau est ordinairement sèche, toujours brûlante ; sa température est toujours plus élevée que dans les autres fièvres éruptives; elles est tendue et les malades y ressentent un prurit plus ou moins intense. Enfin, les pieds et les mains sont gonflés, ils sont le siége d'une gêne et d'une roideur notable, et qui devient surtout incommode lorsqu'on essaie de fléchir les doigts. Les symptômes généraux et la fièvre persistent à peu près au même degré qu'avant l'éruption; la douleur de gorge augmente, et souvent les ganglions sous-maxillaires s'engorgent. Si on fait alors ouvrir la bouche au malade, on voit la face interne des lèvres et des joues, les gencives, le voile du palais et ses piliers colorés de la même manière que les téguments. Cette coloration se rencontre aussi sur la langue, mais, en général, un peu plus tard que sur les autres parties de la bouche, probablement à cause de l'épaisseur plus considérable de son épithélium. La rougeur framboisée de la muqueuse buccale et pharyngienne est un phénomène presque constant dans la scarlatine; cependant l'époque de son apparition varie beaucoup. Tantôt, en effet, elle précède l'exanthème cutané, d'autres fois elle apparaît avec lui; dans quelques cas, elle lui est postérieure, et n'est même bien visible que pendant la troisième période. L'éruption cutanée persiste en général au même degré pendant un ou deux jours. On a dit que sa couleur, moins vive le matin, était plus foncée le soir ou pendant la nuit; mais cette assertion n'est nullement prouvée. C'est lorsque l'exanthème a son maximum d'intensité, c'est-à-dire vers le quatrième ou cinquième jour, qu'on voit souvent, surtout chez les enfants, se développer sur les parties latérales du cou, de la poitrine, aux aisselles, aux aines moins souvent ailleurs, un nombre plus ou moins considérable de petites vésicules semi-sphériques contenant un liquide d'abord transparent, puis un peu opaque ; c'est une éruption miliaire telle à peu près que nous l'avons vue dans le cours de la fièvre typhoïde ; les vésicules pourtant, dans le cas de scarlatine, sont plus volumineuses et plus résistantes au toucher, et se rapprochent davantage de celles que nous retrouverons bientôt dans la suette. Lorsque l'éruption dont nous parlons existe, on donne à la scarlatine le nom de *scarlatine miliaire.*

Troisième période, ou *desquamation.* —Vers le cinquième, ou plus

tard le sixième jour, l'exanthème pâlit. Les interstices qui séparent les plaques deviennent plus considérables, la peau se tuméfie, la fièvre tombe, le mal de gorge disparaît. Au huitième jour, il n'y a généralement plus de trace de rougeur. La desquamation commence à se faire dès le cinquième jour sur la face et les parties latérales du cou et de la poitrine; du huitième au dixième jour, elle est bien établie. Elle a lieu par larges plaques, c'est ce qu'on voit surtout aux pieds et aux mains, où l'épiderme d'un orteil et d'un doigt, après s'être crevassé, être devenu rugueux et blanchâtre, se sépare parfois tout d'une pièce, comme un doigt de gant. Disons pourtant que la desquamation n'a pas de période bien fixe; ainsi nous ne l'avons vue quelquefois commencer que vers le quinzième jour, et il n'est pas rare, même quand elle se fait plus tôt, de la voir se prolonger jusqu'après le vingt-cinquième. Cela dépend le plus ordinairement de ce que l'exfoliation de l'épiderme se fait deux ou trois jours de suite sur les mêmes points. Tels sont les symptômes et la marche de la scarlatine qu'on nomme simple ou régulière. Sa durée moyenne est d'un septénaire.

Variétés. — La maladie se présente souvent avec des caractères différents de ceux que nous venons d'exposer. Ainsi, l'angine, qui a ordinairement une médiocre intensité, peut être beaucoup plus vive, elle peut même devenir le symptôme prédominant : on dit alors que la scarlatine est *angineuse* (Willan). Dans cette variété les phénomènes précurseurs sont, en général, plus graves : la douleur et le gonflement de la gorge existent dès le début ; la déglutition est très difficile ; les amygdales sont tuméfiées et d'un rouge cramoisi ; elles se recouvrent, ainsi que tout le fond de la gorge, d'une matière pultacée, grise ou jaune, qui se colore quelquefois en noir, lorsque du sang a été exhalé, et qui se détache aisément et se reproduit de même. Enfin, les ganglions sous-maxillaires sont volumineux, très sensibles ; on les a vus quelquefois, ainsi que le tissu cellulaire du cou, s'abcéder et constituer de véritables *bubons scarlatineux*. Dans la scarlatine angineuse, la fièvre est plus vive ; il y a souvent des nausées, des vomissements et de la diarrhée. En général, l'éruption apparaît un jour plus tard que dans la période précédente. Au lieu d'occuper toute la surface du corps, elle n'existe souvent que dans des points limités, comme aux aines, aux aisselles ou aux mains ; elle disparaît parfois du jour au lendemain, et la desquamation qui a lieu ensuite se fait moins régulièrement ; elle est en outre plus tardive, et elle se prolonge souvent jusqu'après le troisième septénaire.

Il est une autre forme de scarlatine qu'on a appelée *maligne*, en raison de la gravité qu'elle présente. Les prodromes offrent encore plus d'intensité que précédemment ; les malades tombent dans la prostration ; la langue et les dents s'encroûtent de fuliginosités, l'haleine est fétide ; il y a du délire ou du coma, de la surdité (*scarlatine nerveuse*). Le pouls, d'une fréquence extrême, est mou, dépressible ; souvent alors l'éruption tout à fait éphémère se montre à peine, souvent elle paraît et disparaît plusieurs fois de suite ; presque toujours elle n'occupe que quelques points du corps au voisinage des articulations, surtout dans le sens de la flexion ; ailleurs elle

prend une teinte livide, et est souvent parsemée de pétéchies et de larges ecchymoses. Des points gangréneux peuvent même se former dans divers points du corps; le malade rend alors des urines sanguinolentes et des selles fétides; enfin, il meurt tantôt subitement, d'autres fois après une longue agonie.

On voit que dans les formes angineuse et maligne l'éruption est souvent peu marquée, partielle et tout à fait éphémère. On conçoit même que dans un grand nombre de cas elle puisse passer inaperçue des malades, et même des médecins. C'est ce qui arrive en effet fort souvent. C'est probablement à des cas de scarlatine à éruption *partielle et éphémère* qu'il faut rapporter tous ou presque tous les faits qu'on cite comme des exemples de scarlatine sans exanthème. La doctrine de la fièvre scarlatine sans éruption compte cependant beaucoup de partisans. Heberden, Jos. Frank et plusieurs autres autorités la défendent, mais on trouve dans les écrits de ces auteurs bien moins de faits précis que de simples assertions. Quant aux observations rapportées par des médecins contemporains, par Dance (*Archives* 1830), par M. Trousseau (*Archives* 1829), par M. Taupin (thèse 1840), nous croyons qu'elles ne sauraient dissiper tous les doutes et établir d'une manière irrévocable l'existence de la scarlatine sans exanthème.

Complications. — Diverses affections peuvent compliquer la scarlatine: ce sont, dans les formes graves, des hémorrhagies passives; diverses phlegmasies des organes thoraciques et abdominaux; celles-ci néanmoins sont infiniment moins communes que dans la rougeole. On observe encore des accidents cérébraux très variables, tels que délire, coma, convulsions et contractures. Ces symptômes, qui sont assez fréquents chez les enfants, simulent quelquefois chez eux une méningite; cependant il est rare d'observer sur le cadavre des traces de phlegmasie intra-crânienne, et presque toujours les accidents nerveux observés pendant la vie ne laissent d'autres vestiges qu'une forte congestion, et, dans quelques cas seulement, un épanchement séreux dans les ventricules cérébraux. J'ai rencontré plusieurs fois des douleurs rhumatismales dans le cours de la scarlatine. La maladie offre alors une forme plus ou moins irrégulière, plus ou moins anomale. Cette complication, quoique assez rare, a pourtant été observée par Murray d'une manière épidémique. Diverses affections cutanées peuvent compliquer la scarlatine. Nous avons parlé déjà de la miliaire, nous pouvons encore citer l'érysipèle, les furoncles et surtout l'urticaire. Celle-ci même n'est pas fort rare pendant la période de desquamation. Enfin tous les auteurs parlent de la complication de la scarlatine par les autres fièvres éruptives, par la variole et la rougeole. Cette complication fort rare a été étudiée récemment par M. Willemin dans sa thèse (1847). Ce médecin a établi que lorsque la scarlatine survient en même temps que la variole, ou lorsqu'au milieu de son cours cette dernière vient se joindre à elle, ces deux exanthèmes se développent simultanément, la scarlatine n'est pas arrêtée, mais presque toujours le développement des deux éruptions se fait régulièrement. Si c'est la rougeole qui complique la scarlatine, parfois elles se développent simultanément sans se troubler, ou bien elles

se modifient réciproquement ; la durée de chacune est abrégée. Enfin, dans les cas plus fréquents peut-être où elles se succèdent immédiatement, on n'observe aucune modification des deux maladies l'une sur l'autre.

Récidives. — Ces récidives sont pour le moins aussi rares pour la scarlatine que pour la rougeole. Cependant J. Frank et d'autres médecins étrangers, MM. Rayer, Barthez et Rilliet, citent dans leurs ouvrages des cas incontestables de récidives ; on dit même qu'une même personne a éprouvé dans sa vie sept atteintes de scarlatine (Jahn), et un autre dix-sept (Henrici).

Anasarque consécutive. — L'anasarque est l'accident le plus fréquent qu'on observe pendant la convalescence de la scarlatine. Signalée vaguement par Sennert, mieux étudiée depuis par Storch, Navier et Plenciz, etc., elle a été plus récemment, en Angleterre surtout, l'objet de travaux importants. L'anasarque se déclare spécialement chez les enfants, dans les saisons froides, humides ; elle succède souvent à un refroidissement, mais le plus ordinairement elle survient sans cause déterminante appréciable. Elle se montre communément dans le courant du troisième ou quatrième septénaire de la maladie, rarement plus tard. Les malades, qui avaient été jusqu'alors dans un état satisfaisant, se plaignent tout à coup de fatigue, de malaise, d'insomnie ; leur figure est pâle et bouffie ; les paupières surtout sont tuméfiées ; l'œdématie occupe bientôt les pieds, les mains, le scrotum, et envahit, enfin, toute l'habitude du corps. Des épanchements séreux peuvent se former aussi dans les plèvres, et surtout dans le péritoine. Dans ces cas, l'urine est moins abondante ; sa pesanteur spécifique est diminuée (Hamilton et Wood) ; elle est trouble, d'un rouge brun, et contient une plus ou moins grande quantité de sang ; quelquefois elle est pâle, décolorée ; si on la chauffe, ou si on y verse une certaine quantité d'acide nitrique, on produit aussitôt un coagulum plus ou moins abondant, formé par de l'albumine. Toutefois l'altération de la sécrétion urinaire n'est pas un phénomène constant ; je crois même qu'il manque dans le plus grand nombre des cas. Suivant MM. Guersant et Blanche, l'albuminurie ne manquerait que chez un tiers des malades. Quoi qu'il en soit, les symptômes généraux varient suivant que l'anasarque suit une marche aiguë ou une marche chronique. Dans le premier cas, il y a de la fièvre, de la céphalalgie ; l'œdème est dur, résistant ; dans la forme chronique, au contraire, il n'y a pas de fièvre, et la peau, presque froide, conserve facilement et longtemps l'impression du doigt. Divers autres accidents peuvent survenir encore : ainsi beaucoup de malades vomissent et ont de la diarrhée ; la plupart éprouvent quelques symptômes du côté des organes thoraciques, car la bronchite, la pleurésie, l'hydrothorax, l'œdème des poumons, mais la pneumonie surtout, sont des complications extrêmement communes dans l'anasarque consécutive de la scarlatine ; enfin, il y a quelques individus qui succombent rapidement dans un état comateux ou à la suite de convulsions. L'anasarque, après avoir présenté des alternatives en bien et en mal, finit par diminuer peu à peu, et par

disparaître tout à fait. Sa durée est, en général, longue; il est rare qu'elle persiste moins de deux ou trois semaines ; le plus souvent elle se prolonge pendant deux ou trois mois. Un grand nombre de ces malades hydropiques succombent, et à l'ouverture de leur corps on trouve, le plus souvent, dans les reins, quelques unes des altérations que nous ferons connaître plus tard, comme caractérisant la maladie de Brigth. L'anasarque est un accident assez commun, mais dont la fréquence varie beaucoup dans les différentes épidémies; dans celle d'Édimbourg, de 1835 à 36, elle est survenue dans un septième des cas environ (Wood). MM. Barthez et Rilliet l'ont notée chez un cinquième de leurs malades. Elle se déclare indifféremment après les scarlatines graves comme après celles qui ont été le plus bénignes.

Diagnostic. — La scarlatine diffère de la rougeole, avec laquelle on pourrait la confondre : 1° par ses prodromes, 2° par les caractères de l'éruption, 3° par la manière dont la desquamation se fait.

Les prodromes de la rougeole sont remarquables par les symptômes de catarrhe qu'on observe du côté des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, tandis que rien de pareil n'a lieu dans la scarlatine. Dans celle-ci on constate presque toujours une angine assez forte, tandis que cette affection est très rare dans la rougeole, ou bien, quand elle existe, elle est toujours très peu marquée : et dans aucun cas les muqueuses buccale et pharyngienne ne présentent cette coloration écarlate qu'elles ont dans la scarlatine; enfin les prodromes ont une durée bien plus longue dans la première que dans la seconde. Quant à l'éruption, elle est *écarlate*, *framboisée* dans la scarlatine, et d'un rouge *beaucoup moins foncé* dans la rougeole. Dans celle-ci, d'ailleurs, il n'y a rien de régulier ni dans la couleur, ni dans la forme, ni dans l'étendue et la saillie de l'éruption. Dans la scarlatine, au contraire, tout est régulier; c'est ce qu'on remarque particulièrement pour la forme pointillée ou granitée, qui est celle qu'on pourrait le plus facilement confondre avec la rougeole. Enfin le mode de desquamation diffère essentiellement dans les deux maladies que je compare, puisque dans la rougeole l'exfoliation est insensible, ou bien l'épiderme se détache sous forme de lamelles furfuracées, tandis que dans la scarlatine ce sont de larges plaques, de gros lambeaux ayant plusieurs centimètres de longueur. Dans la forme angineuse, l'exanthème est quelquefois partiel, sa durée est souvent éphémère, de telle sorte qu'il peut passer inaperçu; on peut croire alors à l'existence d'une esquinancie ordinaire ou d'une angine pultacée ou couenneuse. Cette erreur a été évidemment commise par Fothergill; il est facile, en effet, de se convaincre que l'épidémie qu'il a décrite sous le nom de *mal de gorge avec ulcères* n'était autre qu'une scarlatine angineuse. On ne fera point une pareille méprise, si l'on a égard aux symptômes généraux, plus graves dans la scarlatine que dans l'angine simple, à la coloration écarlate des amygdales, du pharynx et de la bouche. Enfin, l'examen attentif de toutes les parties du corps fera reconnaître quelques rougeurs partielles, rougeurs qui ont existé chez tous les malades de Fothergill, mais dont cet auteur méconnut les véritables

caractères, puisqu'il les regardait comme étant seulement érysipélateuses. (Voir plus loin l'histoire de *l'angine couenneuse*.)

Pronostic. — C'est à tort que Sydenham a signalé la scarlatine comme une maladie bénigne, et qui ne pouvait devenir fatale que par l'impéritie du médecin. On doit dire, au contraire, avec Darwin, que la gravité de cette affection varie, suivant les épidémies, depuis l'innocuité d'une piqûre de puce (quelquefois il n'y a pas même de fièvre) jusqu'au danger de la peste, du choléra et des varioles confluentes. Toutes choses étant égales d'ailleurs, la scarlatine est plus grave chez l'adulte et le vieillard que dans le jeune âge ; l'état puerpéral est aussi une circonstance aggravante. Les scarlatines qui s'accompagnent d'hémorrhagies et d'accidents nerveux ont le plus souvent une issue funeste. L'anasarque qui succède à la scarlatine est souvent plus grave que la maladie elle-même, surtout lorsqu'elle suit une marche aiguë. Le pronostic est fâcheux ici, en raison de l'altération des reins, qui existe souvent, et à cause aussi des graves complications qui surviennent si fréquemment du côté des organes pectoraux.

Étiologie. — Les observations de Clarke, Heberden, J. Frank, prouvent : 1° que les enfants au-dessous de dix ans sont plus spécialement sujets à la scarlatine ; 2° que jusqu'à vingt ans elle affecte à peu près également les individus de l'un et l'autre sexe, tandis qu'après cet âge elle est plus commune chez les femmes. L'état puerpéral prédispose ces dernières à la contracter. MM. Rilliet et Barthez ont émis l'opinion que la scarlatine atteignait rarement les enfants tuberculeux, et cette proposition nous paraît également vraie pour l'adulte. La scarlatine aiguë règne dans toutes les saisons ; mais elle sévit plus spécialement à l'équinoxe du printemps ou à l'automne. Elle est essentiellement contagieuse, et il est à croire, avec MM. Blache et Guersant, que cette fâcheuse propriété n'est pas toujours éteinte après plus d'un mois. On dit que Stoll a pu l'inoculer ; mais Petit-Radel l'a vainement tenté. Quoique cette maladie soit fréquente, on peut dire pourtant que le nombre des individus qui lui sont réfractaires est plus considérable que le nombre de ceux qui résistent à la rougeole ou à la variole.

Traitement. — Dans la scarlatine simple, il faut abandonner le malade à la nature. La diète, le repos au lit, les pédiluves, les boissons acidules, tempérantes, une température douce, sont les seuls moyens qu'on doive employer. Les malades seront modérément couverts. La saignée n'est utile que lorsque la réaction est vive, le pouls large, dur, et qu'une congestion active a lieu du côté de quelque viscère. Currie, Thomson, Batman et plusieurs autres médecins anglais ont beaucoup préconisé les lotions acidules, les aspersions froides, les affusions générales. Ils ont prétendu que ces moyens modéraient la chaleur, diminuaient la fréquence du pouls, procuraient du sommeil, et excitaient une transpiration salutaire ; mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur l'efficacité de cette méthode, dont l'emploi n'est peut-être pas sans danger. La violence de l'angine rend quelquefois nécessaire l'application de sangsues sur les parties latérales du cou. Les médecins anglais ont plutôt insisté, dans ces cas, sur l'usage des purgatifs. Si la faiblesse du malade empêchait de tirer du sang, et si d'autre

part quelque complication abdominale rendait l'emploi des purgatifs impossible, il faudrait combattre l'angine par des révulsifs cutanés, et surtout par un large vésicatoire appliqué à la nuque. Les gargarismes émollients sont utiles lorsqu'il n'existe pas trop de gonflement; on peut aussi, vers la fin, ajouter une petite quantité d'acétate de plomb (eau 120 gram. alcool 15, vinaigre 8, acétate de plomb 50 centigram.). Si l'angine devenait gangréneuse, on aurait recours aux gargarismes faits avec une décoction de quinquina, avec ou sans alcool camphré, ou bien on y associe un quart de solution de chlorure d'oxide de sodium, de l'alun ou de l'acide chlorhydrique, moyen qu'il faut combiner avec un traitement tonique général. Quelques médecins ont préconisé le chlore, à la dose de 8 gram., à titre de spécifique; d'autres ont conseillé l'administration de l'émétique, à doses vomitives, toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures; mais aucun fait ne prouve l'utilité du chlore. Quant aux vomitifs, ils ne conviennent que dans les cas de complication saburrale, ou bien lorsque des mucosités ou de fausses membranes existent dans l'arrière-gorge; alors les efforts de vomissement qu'ils provoquent expulsent facilement les matières qui obstruent le pharynx.

Dans la scarlatine maligne, et surtout dans la forme nerveuse, l'homme de l'art ne peut employer que des remèdes presque toujours impuissants. Ainsi, les révulsifs cutanés, comme les vésicatoires, les bains tièdes, le carbonate d'ammoniaque vanté en Amérique (4 à 10 grammes dans une potion), les purgatifs, les émétiques, les acides, les toniques, les antispasmodiques, surtout le camphre et le musc, sont presque toujours sans action. En est-il de même des affusions ou des lotions froides tant préconisées par Currie, par Gregory, par Bateman, par Nasse, et par une foule de médecins distingués d'Allemagne et d'Angleterre? M. Schedel, dans son livre sur l'hydrothérapie, s'en montre partisan après avoir vu employer ce traitement dans l'établissement célèbre de Grœfemberg. Quelque opposée que soit cette pratique aux idées régnantes, il est avéré cependant, en consultant les meilleurs témoignages, qu'on n'a jamais eu à lui reprocher des accidents sérieux. En France, personne n'a encore osé expérimenter la méthode de Currie. Nous croyons pourtant que, si on doit s'en abstenir dans la scarlatine simple, il faut au contraire y recourir dans la forme grave ou maligne, lorsque les forces sont anéanties, lorsque le pouls est petit, la chaleur brûlante, lorsqu'il y a de l'agitation et du délire. On a vu souvent, en effet, ces accidents se calmer et s'amoindrir rapidement après l'emploi d'une affusion froide. Il y a plusieurs manières d'appliquer la méthode : les uns avec Currie projettent sur le malade, préalablement placé dans une baignoire, cinq ou six seaux d'eau froide; tandis qne Nasse et d'autres se bornent à faire des lotions d'eau froide ou vinaigrée. Quel que soit le système qu'on adopte, il importe de savoir que la sédation n'est souvent que passagère, et qu'il faut revenir, souvent, une ou plusieurs fois, à l'application du froid pour déterminer une amélioration persistante.

Pendant la convalescence, et même plusieurs semaines après la guérison

complète, il faut préserver les malades de toute espèce de refroidissement, et surveiller leur régime. Nous voulons que, pendant la saison froide, ils ne sortent pas avant six semaines ou deux mois. Si, malgré les soins dont on entoure les malades, l'anasarque néanmoins survenait, on devrait, si la fièvre continuait, recourir à une ou plusieurs émissions sanguines, pourvu, cependant, que l'état du pouls le permît. M. Rayer a obtenu, dans ces cas, d'heureux effets de l'application de sangsues et de ventouses sur les régions rénales. Les bains tièdes sont également utiles. On devra, au contraire, s'abstenir d'administrer les diurétiques énergiques, dont le danger avait été déjà signalé, il y a plus d'un siècle, par les médecins florentins. — Dans la forme apyrétique de l'anasarque, on excitera la transpiration cutanée par l'emploi des sudorifiques et surtout des bains de vapeur ; on fera des frictions sèches, aromatiques, toniques ; on donnera quelques purgatifs, et, si le sujet est faible et anémique, on prescrira le quinquina et surtout les préparations de fer.

Prophylaxie. — Comme on ne sait pas au juste l'époque à laquelle la scarlatine cesse d'être contagieuse, il est prudent de ne fréquenter les individus qui en ont été atteints qu'à la fin du troisième septénaire. On a préconisé un grand nombre de remèdes comme jouissant d'une vertu prophylactique contre la maladie; tels sont les purgatifs, les exutoires, le calomel, les acides à l'intérieur et en lotions, la gentiane, le goudron, etc. ; mais ces substances n'ont point l'effet qu'on leur a attribué. Depuis quelques années, les médecins allemands ont beaucoup vanté la belladone. On conseille de dissoudre 10 centigrammes d'extrait de belladone dans 32 grammes d'eau de cannelle et d'en donner chaque jour aux enfants de 2 à 4 gouttes pendant toute la durée de l'épidémie. D'autres préfèrent la teinture éthérée, qu'on prescrit à la dose de 6 à 10 gouttes par jour chez les enfants de huit à dix ans. Des faits très nombreux déposent en faveur de la vertu préservatrice de la belladone. On trouvera, par exemple, dans le t. II de la *Bibliothèque de thérapeutique* de M. Bayle que, sur 2,027 individus soumis à l'administration prophylactique de ce médicament, il y en a eu 1,948 qui ont échappé à l'influence épidémique. Une foule de médecins étrangers, notamment Zeuch, Schenk, Berndt, Kœhler, Dusterberg, ont cité des cas nombreux favorables à l'action du remède. Ce dernier, exerçant dans le Tyrol, a éprouvé l'efficacité de la belladone dans trois épidémies successives; pour rendre ses résultats plus concluants, il omettait volontairement de donner le préservatif à un enfant dans chaque famille, et celui-là était le seul qui fût atteint. Quelquefois pourtant la maladie atteignait ceux qui n'avaient pris la belladone que pendant quatre ou cinq jours; mais la maladie était alors très bénigne chez eux. Quelques médecins français ont également éprouvé dans ces derniers temps les heureux effets de la belladone; je citerai, entre autres, MM. Guersant et Delens à Paris, et surtout MM. les docteurs Godelle à Soissons, et Stévenard à Valenciennes. D'après tous ces faits, on ne saurait s'empêcher, en cas d'épidémie, d'administrer la belladone : cette administration ne peut avoir d'ailleurs aucun inconvénient.

DE LA SUETTE MILIAIRE.

SYNONYMIE. — *Miliaris sudatoria;* suette des Picards, fièvre suante.

La suette miliaire est une sorte de fièvre éruptive qui règne presque toujours épidémiquement, et qui offre, pour principaux symptômes, des sueurs très abondantes, accompagnées d'une éruption miliaire et le plus souvent aussi d'une constriction douloureuse à l'épigastre.

Historique. — Rien ne prouve qu'Hippocrate et ses successeurs, jusqu'au milieu du XVIIe siècle, aient connu cette affection. Il nous paraît même qu'on ne peut rapporter à la suette miliaire la terrible maladie connue sous le nom de *peste* ou de *suette britannique*, qui, pendant quarante années, à dater de 1486, exerça les plus grands ravages dans une partie de l'Europe. Quant à la suette miliaire que je vais décrire, il n'existe dans la science aucune description qui atteste qu'elle ait régné épidémiquement avant les années 1713 ou 18. Bornée d'abord à la Picardie, elle a gagné plus tard les pays voisins, et a successivement occupé les départements de la Seine, de Seine-et-Oise, de la Loire-Inférieure, de l'Eure, de Seine-et-Marne; elle a même gagné l'Allier, le Bas-Rhin, le Puy-de-Dôme, l'Aube, la Haute-Garonne, le Rhône, la Dordogne et la Vienne, etc.; on la voit sévir presque tous les ans dans quelques unes de ces localités. L'une des épidémies les plus remarquables fut celle de 1821, qui eut lieu dans le département de l'Oise; M. Rayer nous en a laissé une bonne relation. On lira aussi avec intérêt, dans la *Gazette* de 1839, l'histoire d'une petite épidémie observée par MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy; le tome X des *Mémoires de l'Académie royale de Médecine* renferme la relation complète de la dernière épidémie (1841) du département de la Dordogne, par M. le docteur Parrot. Enfin la suette, qui, en 1845, a régné à Poitiers et dans ses environs, a inspiré plusieurs travaux estimables; nous citerons surtout le Mémoire de M. Loreau, celui de M. Gaillard, et l'excellente relation que M. Orillard a publiée dans le 11e *Bulletin de la Société de Médecine* de Poitiers.

Anatomie pathologique. — Les recherches anatomiques sont encore très incomplètes. On dit que la muqueuse de l'estomac est souvent rouge, que le cerveau est injecté et que les ventricules contiennent de la sérosité. Quelques personnes ont même parlé d'une éruption vésiculeuse qui se serait développée dans l'intestin; mais les dernières épidémies n'ont fait découvrir aucune lésion spéciale, si ce n'est peut-être un développement insolite du foie sans altération dans sa structure, et une augmentation considérable du volume de la rate, laquelle est alors ramollie et diffluente. Ces lésions sont les seules qui aient été le plus habituellement rencontrées par M. Parrot dans l'épidémie de la Dordogne. Il faut y ajouter l'état du sang, qui, en sortant de la veine, est d'une couleur rouge presque cerise; il se coagule lentement; son caillot est mou, souvent diffluent, jamais couenneux. Ces caractères sont absolument ceux que M. Parrot a notés dans la suette de Périgueux. Je les ai également vérifiés à Poitiers dans

cette épidémie meurtrière de 1845 dont le gouvernement m'avait chargé d'aller étudier la nature.

Symptômes et marche. — La suette miliaire est souvent précédée pendant quelques jours de malaise, de lassitude et d'anorexie, avec ou sans vomissements et diarrhée; d'autres fois le début est brusque : ainsi les malades, s'étant couchés bien portants, se réveillent dans la nuit inondés de sueurs. Celles-ci, qui constituent un des phénomènes prédominants de la maladie, en marquent le plus souvent le début. Elles coïncident avec un grand malaise, avec une céphalalgie sus-orbitaire, souvent très vive, et surtout avec un sentiment de constriction douloureuse à l'épigastre et d'un poids énorme qui, pressant sur le sternum, s'opposerait à la dilatation du thorax; ajoutons encore à cela des palpitations assez pénibles souvent avec tendance aux lipothymies et aux syncopes. Les sueurs ont, dès le début, une abondance excessive; elles pénètrent les vêtements, les couvertures et jusqu'au lit des malades. On a dit qu'elles exhalaient une odeur fétide, méphitique, que l'on a comparée à celle de la paille pourrie; mais je n'ai rien noté de semblable à Poitiers. A cette même époque, la face est injectée, la soif est plus ou moins vive, mais rarement proportionnée à l'abondance des sueurs; la langue est blanche; l'urine rare, rouge; il y a parfois de la dysurie et presque toujours de la constipation; le pouls est ample, d'une fréquence modérée (80 pulsations) : cependant, chez quelques malades, la réaction fébrile est plus grande, et le pouls atteint 120 pulsations. Ces symptômes persistent deux, trois ou quatre jours, et offrent souvent une ou deux exacerbations quotidiennes, mais sans présenter ordinairement rien de régulier. Du deuxième au troisième jour, ordinairement pendant la nuit, et le plus souvent au milieu d'un de ces paroxysmes fébriles, les malades accusent des picotements violents sur tout le corps, spécialement dans le dos; d'autres ressentent dans ces parties un prurit incommode; beaucoup se plaignent d'un sentiment de gêne, d'engourdissement, de roideur dans les membres, surtout dans les mains, absolument comme si une scarlatine allait débuter; j'ai noté ce phénomène dans presque tous les cas. C'est au milieu de cet ensemble de symptômes qu'une éruption apparaît.

Celle-ci se montre sous deux formes principales : le plus souvent on voit naître une multitude de petites taches irrégulières, ayant à peu près la même nuance que les taches de la rougeole, disparaissant comme elles par la pression du doigt, et offrant à leur centre un point saillant et dur formé par une petite vésicule remplie d'un liquide transparent. Ces vésicules, moitié plus petites qu'un grain de millet, sont appréciables à la vue : mais il faut quelquefois, pour les découvrir, s'armer d'une loupe. Dans quelques cas, cependant, même avec cet instrument, on ne distingue aucun point vésiculeux sur les saillies, qui sont alors constituées par de petits boutons durs, par de véritables papules; celles-ci pourtant n'existent jamais que sur quelques points circonscrits; et tôt ou tard elles se transforment en vésicules. Telle est l'éruption que l'on nomme *miliaire rouge*. Une autre forme d'éruption, qui existe rarement seule, est constituée comme la pré-

cédente par des vésicules diaphanes ; elle ne s'accompagne pas de rougeur des téguments , elle ressemble tout à fait aux sudamina, et ne se distingue de ces derniers que parce qu'elle est beaucoup plus résistante et qu'elle ne se laisse pas écraser comme eux par la pression du doigt. C'est là *la miliaire blanche.* Quelle que soit sa forme , l'éruption miliaire commence ordinairement sur la face antérieure de la poitrine, puis on la voit dans le dos ; à la partie antérieure des avant-bras et sur le reste des membres ; elle respecte presque toujours la figure , du moins c'est ce que j'ai constaté à Poitiers. Elle se montre dans tous ces points plus ou moins abondante ; sa confluence est telle parfois , qu'on peut à peine saisir l'interstice qui sépare chacune des vésicules ; lorsqu'il en est ainsi, la peau offre une couleur rouge uniforme ou par larges plaques ; elle a un aspect inégal et chagriné qu'on distingue très bien en promenant les doigts sur sa surface. L'éruption n'a pas lieu simultanément partout ; en général , il se fait plusieurs éruptions successives , à douze ou vingt-quatre heures de distance les unes des autres ; elles sont toutes marquées par un redoublement dans les sueurs , dans la fièvre , dans l'oppression et l'angoisse épigastrique.

L'éruption une fois complète , on voit les sueurs diminuer ; souvent même il n'y a plus que de la moiteur, la fièvre persiste en général au même degré ; la constriction épigastrique et l'oppression reviennent encore de temps en temps , mais la céphalalgie cesse. Vers le troisième jour de l'éruption, le liquide contenu dans les vésicules devient opalin. Les petites tumeurs se rident, s'affaissent, la rougeur des téguments pâlit et s'éteint, la fièvre tombe , l'oppression ne se renouvelle plus , et vers le sixième ou septième jour de l'éruption , la desquamation commence. Elle a lieu ordinairement par petites écailles furfuracées , quelquefois par larges plaques comme dans la scarlatine. Elle est lente à se faire ; nous l'avons vue se prolonger pendant six ou sept semaines , ce qui dépend sans doute en grande partie de ce que, pendant la desquamation , et même à une époque où la convalescence est déjà avancée , de petites éruptions partielles ont encore lieu sur le tronc et les membres. Celles-ci sont seulement annoncées par quelques sueurs, mais ne s'accompagnent guère ni de fièvre ni de constriction thoracique.

On voit , par ce qui précède , qu'il serait possible d'établir dans l'étude de la suette les mêmes divisions que dans les autres fièvres éruptives , c'est-à-dire qu'on pourrait admettre , comme dans celles-ci , une période d'invasion durant ordinairement de deux à quatre jours, et une période d'éruption. Mais dans la suette ce sont des éruptions successives qui se répètent plus ou moins , elles cessent , en général , après quatre , cinq ou six jours, pour être remplacées par une période de desquamation dont la durée est illimitée.

Cependant la suette ne suit pas toujours une marche aussi régulière , et elle ne se présente pas constamment avec la même physionomie. On voit dans toutes les épidémies, et nous-même avons rencontré à Poitiers des cas d'une bénignité extrême. Ainsi les individus , après avoir mouillé quelques chemises , présentaient une éruption discrète , bornée à quelques

points du corps et cela presque sans fièvre, sans céphalalgie ni constriction épigastrique; de sorte qu'en trois ou quatre jours ces malades étaient guéris; quelques uns même n'ont pas été obligés d'interrompre leurs occupations. Cependant de pareils cas sont rares; il est beaucoup plus commun de voir la maladie revêtir un caractère fâcheux, tantôt dès le début, le plus souvent à une période plus ou moins avancée. En général, la gravité du mal tient à la prédominance des accidents nerveux; ainsi la céphalalgie est atroce, il y a du délire, du coma, des convulsions, des contractures, des soubresauts et des syncopes; mais les malades se plaignent surtout de l'épigastralgie et de la constriction thoracique; ils sont souvent alors dans un état de suffocation imminente. Dans ces cas, l'anxiété est extrême; le pouls prend une grande fréquence, les traits se décomposent, et pour peu que cet état se prolonge, ou qu'il se reproduise à de courts intervalles, la mort ne tarde pas à arriver. Il est des individus, enfin, chez lesquels le caractère grave de la maladie se révèle bien moins par la prédominance d'un seul symptôme que par un ensemble d'accidents fâcheux : ainsi le pouls s'accélère et faiblit, les sueurs se suppriment, la peau devient aride et brûlante, l'éruption pâlit et s'affaisse, la langue se sèche; il survient enfin un état de subdelirium, présage presque certain d'une mort prochaine.

La suette, à l'instar des autres fièvres éruptives, suit parfois une marche anomale : ainsi on prétend avoir vu l'éruption manquer tout à fait. Mais c'est là un point qui n'est pas encore bien établi. Les sueurs mêmes peuvent également faire défaut : la peau est alors aride, ou bien il n'y a qu'un peu de moiteur. L'absence des sueurs se rencontre peut-être plus rarement dans les cas graves que dans les cas bénins.

Durée. — La suette a une durée très variable; quelquefois ses diverses périodes se succèdent si rapidement qu'en trois ou quatre jours les individus sont en pleine convalescence; ailleurs, au contraire, les accidents se prolongent pendant deux septénaires. La durée moyenne pour les cas bénins est de sept à huit jours, et de quatorze à seize pour les cas graves qui guérissent. La mort arrive le plus souvent du troisième au quatrième jour : cependant quelquefois la terminaison funeste a lieu après douze ou quatorze jours, tandis que d'autres malades, comme foudroyés, périssent après quarante-huit, vingt-quatre, douze, six et même trois heures. M. Parrot a vu des cas semblables dans l'épidémie de Périgueux.

Convalescence. — La convalescence dans la suette est presque toujours plus ou moins longue et pénible : ainsi les individus restent pendant assez longtemps faibles, anémiques; ils sont plus ou moins amaigris, ils éprouvent des vertiges et de l'insomnie. Quelques uns ont des rechutes caractérisées par du malaise, par un peu de fièvre, par des sueurs, ou seulement par de la moiteur et par une éruption miliaire partielle. Ces symptômes ont généralement une durée assez courte et sont surtout exempts de tout péril.

Diagnostic. — La suette ne saurait être confondue avec aucune autre affection. En effet, la constriction épigastrique, les sueurs excessives et

l'éruption miliaire la caractérisent suffisamment et la différencient de toutes les affections. On ne pourrait d'ailleurs la confondre qu'avec la rougeole ou la scarlatine. Mais elle diffère de la première, non seulement par les symptômes spéciaux que nous venons d'énumérer, mais encore par l'absence de coryza et de catarrhe bronchique. Elle se distingue aussi de la scarlatine par l'absence d'angine et de la coloration des muqueuses buccale et pharyngienne, ainsi que par la nuance et la disposition de la rougeur des téguments. Je ne chercherai pas en quoi la suette diffère de la fièvre qu'on a appelée *miliaire*, et dont les médecins ont tant parlé dans la seconde moitié du dernier siècle ; car il est prouvé actuellement que sous cette dénomination on confondait toutes les maladies aiguës et même chroniques dans le cours desquelles survenait une éruption de sudamina. L'éruption miliaire était toujours recherchée avec le plus grand soin par nos devanciers ; et toutes les fois qu'ils en constataient l'existence, ils en faisaient le symptôme essentiel et prédominant, tandis que ce n'était qu'un épiphénomène presque sans importance. J'établis donc en principe que la suette miliaire telle que l'entendaient les médecins d'autrefois n'existe pas. Pour se convaincre de la vérité de ce que je dis, on n'a qu'à lire le traité de Gastellier.

Pronostic. — Le pronostic varie beaucoup dans les diverses épidémies, et suivant que la maladie affecte la forme bénigne ou maligne. Cependant il faut savoir que la suette est une maladie des plus perfides. Aussitôt qu'elle est bien caractérisée, il faut toujours rester sur le qui-vive, ne pas hasarder un pronostic, même dans les cas en apparence les plus bénins; car on a vu maintes fois, notamment à Périgueux et à Poitiers, succomber en quelques heures des malades dont l'état n'inspirait aucune inquiétude. La fréquence du pouls, l'aridité de la peau, l'affaissement de l'éruption, les pressentiments sinistres sont des signes toujours fâcheux. Le pronostic est également grave lorsque les accès de constriction thoracique ont une durée longue et qu'ils se succèdent à de courts intervalles ; le délire enfin, les convulsions, les syncopes sont tout autant d'accidents qui annoncent une issue promptement funeste. Dans beaucoup d'épidémies, une constitution forte a été une circonstance plutôt aggravante que favorable; on a vu aussi quelquefois la maladie sévir préférablement sur l'un ou l'autre sexe. Quant à l'âge, il n'y a rien de constant; car, suivant les épidémies, on voit la maladie faire un plus grand nombre de victimes tantôt dans un âge, tantôt dans un autre. En somme, la mortalité est plus ou moins forte; si dans les temps ordinaires elle peut n'être que d'un vingtième ou d'un vingt-cinquième, d'autres fois elle emporte le sixième ou même le cinquième des individus. C'est ce qui a eu lieu, par exemple, dans l'épidémie de Poitiers.

Étiologie. — On ne sait rien sur la cause qui engendre les épidémies de suette miliaire ; peut-être les localités humides et ombragées favorisent-elles leur développement. La maladie atteint tous les âges ; elle semble pourtant plus fréquente chez les adultes. Dans quelques épidémies, les enfants sont respectés : c'est ce que j'ai vu à Poitiers. M. Parrot a noté

la même particularité à Périgueux. Suivant les épidémies, on voit aussi tantôt les deux sexes également atteints, tantôt, au contraire, la maladie prédominer chez l'homme ou chez la femme. Une constitution forte est souvent une prédisposition à contracter la suette. Dans quelques cas celle-ci sévit surtout sur les pauvres, d'autres fois elle les respecte pour ne frapper que les individus de la classe riche ou aisée ; c'est ce qui a été remarqué à Poitiers. La suette s'est montrée dans les localités les plus diverses et à la suite de conditions météorologiques si dissemblables, qu'il est impossible de trouver dans ces circonstances la cause véritable de la maladie. La cause vraiment productrice nous échappe. On a dit que la suette était contagieuse à la manière de la rougeole et de la scarlatine ; mais ce fait n'a pu être encore démontré. La maladie peut affecter plusieurs fois le même individu soit dans le cours d'une année, soit au bout d'un plus ou moins grand nombre d'années.

Traitement. — Je disais dans la première édition de ce livre que d'après plusieurs relations d'épidémies de suette miliaire que j'avais consultées, il me semblait que la saignée générale était rarement indiquée, et qu'elle était souvent nuisible ; j'ai trouvé dans l'observation de l'épidémie de Poitiers la confirmation de cette opinion. Les saignées générales ne conviennent en effet qu'exceptionnellement, et lorsque le pouls est large et dur ; les saignées locales, surtout à la base du crâne, sont quelquefois utiles pour remédier à la céphalalgie. La constriction thoracique, l'oppression, sont les accidents qui préoccupent le plus le médecin : les agents les plus efficaces pour les modérer sont les révulsifs (sinapismes et vésicatoires) appliqués sur les extrémités inférieures. M. Gaillard signale aussi, comme particulièrement efficaces contre l'oppression, les frictions faites avec un mélange de térébenthine et d'ammoniaque. On obtient aussi parfois de bons effets de l'emploi d'un éméto-cathartique ; ce dernier a souvent réussi à Poitiers, tandis qu'on voyait échouer communément l'opium et les antispasmodiques, qu'on préférait d'abord en raison de la nature toute nerveuse des accidents. L'émétique cependant est d'un emploi plus restreint que les évacuants intestinaux ; ceux-ci, en effet, en raison de la constipation qui est un phénomène constant dans la suette, conviennent presque dans tous les cas, soit qu'on les administre en lavements, soit qu'on les donne par la bouche, ce qui est préférable. Le moment le plus opportun pour les employer, c'est de les donner après que l'éruption s'est faite. Les toniques et les excitants peuvent être également indiqués. Leur emploi convient toutes les fois que les forces se prostrent, que la chaleur s'éteint, que l'éruption pâlit et s'affaisse.

La suette a quelquefois une marche rémittente et un caractère pernicieux : c'est ce que M. Parrot a parfaitement établi. Dans ce cas, on peut enrayer la maladie, la faire avorter au quatrième ou cinquième jour en administrant le sulfate de quinine à la dose de 1 ou 2 grammes. Cependant cette méthode, préconisée par le médecin de Périgueux, est loin d'être applicable à tous les cas et à plus forte raison à toutes les épidémies ; on sait du reste qu'à Poitiers elle a généralement échoué.

Les individus atteints de suette seront mis à l'usage d'une tisane douce, tempérante, qu'ils boiront tiède ou à la température de la chambre. Ils observeront la diète et le repos au lit. On évitera de les surcharger de couvertures, afin de ne pas exciter les sueurs. On devra, toutes les fois qu'il sera nécessaire, les changer de linge et même de lit, en prenant toutes les précautions usitées en pareil cas pour prévenir un refroidissement; l'air de l'appartement devra être également renouvelé souvent. Dans les campagnes, ces principes trouvent des contradicteurs dans le peuple, et même quelques médecins, regardant l'éruption et les sueurs comme nécessaires, comme critiques, sont dans l'habitude de surcharger les malades de couvertures, de les calfeutrer dans des lits entourés de toute part par d'épais rideaux; enfin, ils leur administrent des boissons chaudes, aromatiques et tous les excitants diffusibles : c'est là le comble de la déraison. M. Loreau s'est élevé dans ces derniers temps avec beaucoup de force contre une pratique aussi dangereuse. A l'imitation de Fouquet et de Pujol, il regarde l'éruption comme chose mauvaise, et il cherche à la prévenir. Il conseille dans ce but, avec Pujol, non seulement de changer de linge aussitôt qu'il est mouillé et de ventiler l'appartement, mais il joint encore à ces moyens les lotions sur le corps avec des liquides aromatiques, excitants, tels que eau de lavande, eau-de-vie camphrée, ammoniaque liquide largement étendu; enfin, il insiste sur les évacuants intestinaux. Cette méthode, qu'on aurait tort de regarder comme irrationnelle, mérite d'être expérimentée.

En résumé, on ne peut opposer à la suette une méthode uniforme de traitement. Il est des cas tellement simples qu'ils guérissent par le repos et des soins hygiéniques; mais il en est qui sont si graves qu'il devient nécessaire de recourir à des moyens énergiques, de les varier, de les combiner entre eux suivant le genre de la maladie et la nature des symptômes.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA NATURE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Pinel avait méconnu la véritable nature des fièvres éruptives lorsque, dans sa nosographie, il classait ces maladies parmi les phlegmasies cutanées. Nous prouverons, en effet, bientôt que l'inflammation de la peau ne constitue qu'un caractère accidentel purement secondaire, et qu'il est impossible d'en faire le point de départ de la fièvre et de tous les accidents qu'on observe. Comment, en effet, rapporter à une maladie de la peau, qui n'existe point encore, ces troubles généraux souvent assez graves, persistant pendant plusieurs jours, et qui offrent des caractères si distincts suivant l'éruption qui doit avoir lieu? Comment même expliquer la pyrexie par la maladie cutanée une fois développée, lorsque nous voyons le mouvement fébrile diminuer et même quelquefois s'éteindre tout à fait, du moins momentanément, après que l'éruption s'est effectuée? C'est ce qu'on remarque notamment dans presque tous les cas de variole. Ajoutons aussi que si les symptômes qu'on observe, que si la gravité de la maladie, dépendaient de la lésion des téguments, nul doute qu'il ne dût exister un rapport

exact entre l'intensité des symptômes et l'étendue des altérations : or, c'est ce qui n'a pas lieu, à beaucoup près, dans tous les cas. Il n'est pas très rare, en effet, surtout en temps d'épidémie, de voir des varioles discrètes se terminer d'une manière funeste ; plus souvent encore on voit des rougeoles, et surtout des scarlatines mortelles, quoique l'éruption soit bornée à une partie très circonscrite des téguments et quoiqu'elle n'ait qu'une durée très éphémère. Enfin, si, comme on le dit, il y a des cas bien constatés de rougeole et de scarlatine sans éruption aucune, cas souvent assez graves pour se terminer par la mort, cette circonstance indiquerait nettement que l'affection cutanée ne constitue dans ces maladies qu'un symptôme, nécessaire sans doute pour diagnostiquer sûrement la maladie, mais néanmoins tout à fait secondaire. Ajoutons en terminant que l'éruption (et nous entendons parler surtout ici de celle de la variole), quand elle est très intense, peut déterminer à son tour des accidents de réaction comme en produisent toutes les inflammations qui ont une grande étendue.

Ces phlegmasies cutanées, qui sont la conséquence d'une cause générale, probablement d'une infection du sang, diffèrent des phlegmasies franches et primitives par plusieurs caractères : 1° elles se montrent successivement ou simultanément sur toute ou presque toute la périphérie du corps ; 2° il est impossible de les produire artificiellement, et elles reconnaissent toujours une cause spécifique ; 3° les agents thérapeutiques, tels que les antiphlogistiques et les contre-stimulants, qui ont une si grande efficacité pour modérer et combattre les inflammations ordinaires, sont sans effet sur celles dont nous parlons. Elles ont, en effet, une marche invariable, une durée qui est presque toujours la même et un même mode de terminaison. C'est ainsi que la variole se termine toujours par suppuration ; la rougeole, la scarlatine et la miliaire, toujours par desquamation.

Par ce qui précède, on voit que nous avons eu raison de placer les maladies éruptives dans la classe des fièvres ; car, nous le redisons encore, ce sont des maladies qui ne reconnaissent aucune affection locale primitive. Les recherches importantes entreprises dans ces derniers temps par MM. Andral et Gavarret, sur les altérations du sang, justifient d'ailleurs la place que nous assignons aux fièvres éruptives dans notre cadre nosologique. Ces observateurs ont, en effet, démontré que le sang, dans ces maladies, présente les altérations qu'on trouve dans les autres pyrexies, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais augmentation de la fibrine comme dans les phlegmasies ; le plus ordinairement la quantité de ce principe reste normale ; parfois elle diminue très sensiblement, surtout à la période d'éruption ; les globules augmentent ou conservent leur chiffre normal ; le sang enfin ne présente jamais de couenne, si ce n'est lorsqu'il existe quelque complication phlegmasique. Dans la variole, néanmoins, lorsque l'éruption est très confluente, et lorsque surtout des collections purulentes existent sous la peau ou dans quelque organe, on peut trouver une

couenne à la surface du caillot; mais cette couenne est molle, gélatineuse, et diffère beaucoup de celle qui se montre dans les cas de phlegmasies franches.

Troisième genre de fièvres.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Synonymie. — Fièvre d'accès; — des marais; — périodique.

Définitions. — On donne le nom de *fièvre intermittente* à une affection fébrile dont les symptômes cessent et se reproduisent à des intervalles rapprochés et à peu près égaux, et entre lesquels existe une apyrexie complète. Chaque accès se partage en trois temps que l'on nomme *stades* ou *périodes*, et qu'on distingue par leur ordre numérique ou mieux encore par la dénomination de stade du *frisson* ou du *froid*, de la *chaleur*, et de la *sueur*, phénomènes qui, dans les accès réguliers, se succèdent toujours dans cet ordre. La période de calme ou l'espace de temps qui sépare les accès se nomme *apyrexie* ou *intermission;* les jours qui séparent les accès sont dits *intercalaires*, et l'on appelle *paroxystiques* ceux pendant lesquels ils reparaissent. Enfin, le *type* est l'ordre suivant lequel les accès reviennent, se correspondent et s'enchaînent. On en a admis plusieurs espèces; les principales sont : les types *quotidien*, *tierce* et *quarte*. Dans le premier, les accès ont lieu tous les jours, et sont tous semblables entre eux pour la durée, la violence et les principaux symptômes qui les accompagnent; dans le second, les accès se renouvellent tous les deux jours; enfin, dans le type quarte, les accès ayant lieu tous les trois jours, sont séparés par deux jours d'apyrexie.

Ces trois types offrent quelques variétés, ayant reçu des noms particuliers et qu'il importe de connaître. Ainsi on nomme *double quotidienne* la fièvre qui présente deux accès par jour; *double tierce* celle qui a un accès tous les jours, mais avec cette circonstance remarquable que les accès des jours pairs (du *deuxième* et du *quatrième*) se correspondent pour la durée et l'intensité, et que la même corrélation existe pour les accès des jours impairs (*premier* et *troisième*). Le type *double quarte* présente un accès deux jours de suite, puis vient un jour d'apyrexie; mais les accès s'enchaînent de manière que celui du *quatrième jour* est semblable à celui du *premier*, celui du *cinquième* à l'accès du *second;* enfin, l'apyrexie du *sixième* jour correspond à celle du *troisième*. Ces diverses variétés de type sont à peu près les seules qu'on rencontre dans la pratique, et il importe de bien connaître la valeur des mots qui servent à les désigner. Les auteurs ont pourtant admis plusieurs autres types : ainsi ils ont décrit des fièvres *tierce doublée*, *quarte doublée* et *quarte triplée*. Dans la première, il y a tous les deux jours deux accès dans les vingt-quatre heures; dans la deuxième, il y a deux accès dans un jour, après deux jours d'apyrexie; enfin, dans la troisième, il y a trois accès les premier, septième et dixième

jours, et apyrexie les jours intermédiaires. On parle aussi d'une fièvre *triple tierce* et *triple quarte* ; dans la première il y a deux accès le premier et le troisième jour, et un seul le deuxième et le quatrième ; ces accès se correspondent de deux en deux jours. Dans le type *triple quarte,* il y a un accès tous les jours ; ces accès se correspondent pour la durée et la violence tous les trois jours ; c'est-à-dire que le quatrième est semblable au premier, le cinquième au deuxième, le sixième au troisième. Enfin, et pour terminer, je dirai qu'on a admis des fièvres *quintane*, *septane*, *octane*, *mensuelle*, *annuelle*, etc., suivant que les accès revenaient tous les cinq, six ou huit jours, tous les mois, tous les ans. Mais de toutes ces variétés de types, le double tierce est le seul qu'on rencontre, les autres sont purement exceptionnels, et plusieurs n'existent même probablement pas.

Historique. Bibliographie. — Les fièvres intermittentes ont été connues de tout temps ; elles sont mentionnées dans plusieurs des traités d'Hippocrate ou attribués à ce grand homme. Elles furent, pour la première fois, décrites méthodiquement par Celse, puis par Galien et par les auteurs arabes. A dater des XVIe et XVIIe siècles, ces maladies furent étudiées avec plus de soin et par un grand nombre d'auteurs. Non seulement on en parle dans tous les traités de pyrétologie et de pathologie interne, mais elles ont été le sujet d'une foule de dissertations et de monographies, parmi lesquelles se distinguent surtout celles de Morton, de Lancisi, de Werlhof, de F. Hoffmann, de Senac, de Strack, de Philipps, ainsi que les ouvrages de MM. Nepple, Faure, Maillot, Bonnet, et les intéressantes recherches de M. Piorry sur le volume de la rate. (Voir plus bas comme complément l'article *Fièvres pernicieuses.*)

Divisions. — Plusieurs divisions importantes ont été proposées dans l'étude des fièvres d'accès. Ainsi on les a distinguées en *simples*, *franches* ou *bénignes*, et en *pernicieuses ;* en *manifestes* et en *larvées ;* en *essentielles* et en *symptomatiques* ; en *régulières* et en *irrégulières :* expressions dont nous déterminerons plus tard la valeur.

DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE.

La fièvre intermittente est dite *simple*, *bénigne*, lorsque, seulement caractérisée par les accès fébriles, elle est dégagée de toutes les complications et accidents graves qui peuvent la rendre méconnaissable, et qui le plus souvent compromettent la vie.

Anatomie pathologique. — La fièvre intermittente n'a pas, à proprement parler, de *siége anatomique ;* elle n'est donc caractérisée sur le cadavre par aucune lésion qu'on puisse regarder comme étant le point de départ des accidents arrivés pendant la vie. Il est pourtant une altération concomitante extrêmement commune, manquant à peine quelquefois : je veux parler de l'augmentation de volume de la rate. Cet organe, en effet, qui à l'état physiologique n'a guère, d'après M. Piorry, que 9 centimètres à 9 centim. 20 millim. de hauteur, sur 9 centimètres de largeur, peut acquérir des dimensions quadruples et peser jusqu'à 6 ou 8 kilogrammes.

Son tissu, d'abord simplement hypérémié, gorgé de sang, peut se réduire en pulpe molle comme dans les fièvres typhoïdes ; mais cette grave altération ne se rencontre que dans la variété de fièvres intermittentes dites *pernicieuses*. Dans celle dont nous traitons actuellement, surtout quand elle se prolonge, la rate est plutôt hypertrophiée, son tissu s'indure en même temps que son volume augmente ; on n'y rencontre de la suppuration dans aucun cas. Il est inutile de dire que l'inflammation est étrangère à la production de cette lésion.

Deux médecins militaires, MM. Léonard et Folley, ont annoncé, en 1845, à l'Académie des sciences (séance du 10 novembre), avoir examiné la composition du sang chez les individus atteints de fièvre intermittente, et n'avoir trouvé aucun changement dans la proportion de la fibrine, des globules, ni des matériaux solides du sérum. Ce n'est que lorsque la fièvre se prolonge ou qu'elle a eu de fréquentes récidives, que les différents principes du sang diminuent de proportion ; mais cette diminution porte spécialement sur les globules.

Symptômes. — Dans la plupart des cas, les fièvres intermittentes débutent sans prodromes ; il est au contraire assez commun d'observer pour chaque accès quelques phénomènes avant-coureurs, tels que de la céphalalgie, de l'anxiété, des bâillements et des pandiculations, de la pâleur, de la tendance au sommeil, etc. A ces symptômes, qui n'ont qu'une durée fort courte, succède bientôt le frisson qui marque le premier stade de la fièvre.

Premier stade ou *stade de froid.* — Le froid ou frisson qui constitue le premier stade d'un accès varie beaucoup. Quelquefois les malades n'éprouvent qu'une sensation de froid partielle ou générale et tout à fait éphémère. Chez la plupart le froid est plus vif : c'est une horripilation s'accompagnant d'une sorte de frémissement de la peau avec saillie des bulbes (*chair de poule*). Enfin, le froid peut être plus intense encore ; il détermine alors le claquement des dents et un tremblement convulsif des membres (c'est le *rigor*). En général, le froid n'acquiert cette intensité que progressivement. Borné d'abord à une seule partie, aux extrémités, au visage ou dans les lombes, il s'irradie de là à toute la surface du corps ; il ne reste circonscrit à un point que dans les cas de fièvre anomale ou bien dans les accès peu intenses. Dans ce premier stade on observe quelques phénomènes particuliers. Ainsi dès que le froid commence, les parties les plus éloignées du centre circulatoire, et notamment les doigts, le nez et les oreilles, deviennent froides, bleuâtres ou livides; le corps semble diminuer de volume, à tel point que les anneaux peuvent tomber des doigts (J. Frank, Cullen). Si le froid est intense, la face est plombée, et la peau du corps est souvent parsemée de plaques marbrées ; les yeux sont caves, hagards; la tête est fléchie, les membres sont rapprochés du tronc ; la voix est altérée, cassée et tremblante. Le malade accuse souvent des douleurs contusives dans les membres, des déchirements dans les lombes, un resserrement à l'épigastre, une douleur dans la région splénique, de l'oppression, des palpitations, beaucoup d'anxiété, et sur toute la surface du

corps le picotement et la sensation d'un froid très intense. En général, pendant le frisson, la chaleur de la peau paraît diminuée au toucher. Dans beaucoup de cas pourtant la main perçoit une température normale ou même plus élevée que de coutume; des expériences nombreuses entreprises jadis par De Haen, par Home, et répétées dans ces derniers temps par MM. Gavarret et Monneret, ont prouvé en effet qu'en plaçant un thermomètre dans l'aisselle de ces malades on constatait une élévation de température de 1 à 4 degrés au-dessus de la température normale. Ce résultat est intéressant à connaître, bien qu'il soit cependant en contradiction avec des expériences analogues faites autrefois par Borsieri. Dans ce premier stade la peau est ordinairement sèche et aride; le pouls est fréquent et déprimé, la soif intense; les urines sont peu abondantes et aqueuses. Il y a parfois des vomissements bilieux, et Senac a plusieurs fois observé des hémoptysies, ce qui s'explique par le refoulement du sang vers l'intérieur. Le frisson a une durée qui varie depuis un quart d'heure jusqu'à cinq heures; sa durée moyenne est d'une heure : sa longueur et son intensité ne sont pas nécessairement en rapport avec la gravité de l'accès. Ce premier stade de la fièvre peut manquer.

Deuxième stade ou *stade de chaleur*. — Le froid, après avoir duré quelque temps, est remplacé par une chaleur plus ou moins considérable qui, commençant par les extrémités, finit par être générale. Sous le rapport de son intensité, elle offre tous les degrés compris entre une légère sensation de chaud et une ardeur brûlante. Toutefois les recherches de M. Gavarret ont prouvé que si dans le stade de chaleur la température de la peau est plus haute, cette élévation néanmoins est faible, puisqu'elle ne dépasse guère que d'un degré celle qu'on trouve dans le stade de froid; il faut donc expliquer alors la sensation de chaleur vive que les malades éprouvent d'une manière si incommode par une sorte de perversion de la sensibilité. Pendant ce deuxième stade, la céphalalgie et la soif persistent, l'anxiété et l'oppression diminuent ou cessent, le pouls prend de l'ampleur; l'urine est rouge, rare et brûlante; la face s'injecte; tout le corps, qui semblait amoindri pendant le frisson, paraît à présent comme boursouflé; enfin, la peau, d'abord sèche, s'humecte de plus en plus. La durée du deuxième stade varie entre une et douze heures; il est rare d'ailleurs qu'il se prolonge au-delà de quatre heures. La période de chaleur peut manquer, mais cela est beaucoup plus rare que pour le stade de froid.

Troisième stade ou *stade de sueur*. — La sueur se montre d'abord à la tête, à la poitrine, et finit bientôt par occuper tout le corps. Elle peut ne consister qu'en une légère moiteur ou bien être assez abondante pour ruisseler de toutes parts et pénétrer les linges et même le lit. Pendant qu'elle s'établit, tous les symptômes incommodes s'amendent : ainsi la céphalalgie, l'anxiété, les douleurs, la soif, disparaissent, le pouls perd de sa fréquence et devient souple. On disait généralement autrefois que les urines, rouges, peu abondantes, déposaient alors un sédiment briqueté très abondant, tandis que leur surface se couvrait d'une pellicule adhérente aux

parois du vase. Mais il est aujourd'hui démontré que l'urine présente plus rarement qu'on n'a dit les qualités que je viens d'exposer. La durée de la sueur est à peu près la même que celle des deux stades qui précèdent.

En somme, la durée totale de l'accès n'est jamais moindre d'une heure et ne dépasse guère dix-huit. Sa durée moyenne varie entre quatre et douze heures.

Apyrexie. — A l'accès succède un état d'apyrexie ; mais il est rare que dans l'intermission la santé soit parfaite. Ainsi la plupart des malades sont accablés ; ils ont moins d'appétit, les forces ont diminué, la figure est pâle, il y a de la céphalalgie, les digestions sont pénibles : cependant il est des individus qui, dans les jours intercalaires, n'éprouvent aucun malaise, et semblent être dans l'état de santé le plus parfait possible. Ceci n'a guère lieu que lorsque l'intermission est longue, comme dans les fièvres tierces ou quartes ; dans les quotidiennes, au contraire, il est rare que pendant l'apyrexie les malades ne soient pas plus ou moins souffrants. La longueur de l'intermission varie suivant le type de la fièvre : le retour des accès est parfois invariablement fixé à la même heure ; d'autres fois il avance ou retarde de plusieurs heures. Il en est dont les accès se rapprochent tellement que le second commence avant que le premier ait entièrement cessé : on donne alors à la fièvre le nom de *subintrante.*

Variétés. — On a prétendu que dans les fièvres quotidiennes les accès avaient lieu le matin de bonne heure, qu'ils commençaient de dix heures à midi dans les tierces, et de trois à cinq dans les quartes ; mais M. Maillot a prouvé qu'on ne pouvait établir à ce sujet aucune règle fixe. D'ailleurs, l'époque de la journée (presque tous les accès ont lieu le jour) à laquelle les accès fiévreux ont lieu, de même que le type, varient suivant les individus, suivant les saisons et les climats, et même suivant les constitutions régnantes et les épidémies. Toutefois je crois pouvoir établir d'une manière générale, d'après un relevé que j'ai fait et qui porte sur plus de cent soixante mille fièvres intermittentes observées dans divers pays, que les fièvres quotidiennes sont plus communes que les tierces, dans la proportion de neuf à un, et que les fièvres quartes sont si rares qu'on n'en compte guère que deux ou trois sur mille. Nous pensons, en outre, contre l'opinion de M. Boudin, qu'il n'y a aucun rapport entre le type de la fièvre et l'intensité du dégagement de la matière miasmatique.

Dans quelques cas, les fièvres intermittentes changent une ou plusieurs fois de type : ainsi, de tierces elles deviennent quotidiennes, et réciproquement, etc. Si on compare les accès entre eux, on voit tantôt ceux-ci se dessiner d'autant mieux, et leurs trois stades être d'autant plus marqués, que la fièvre se renouvelle plus souvent. D'autres fois, au contraire, la fièvre semble s'user peu à peu, à mesure qu'elle se reproduit : alors ses accès diminuent non seulement d'intensité, mais il arrive souvent qu'un ou même deux stades manquent tout à fait. On dit alors que les accès sont incomplets.

Dans la plupart des cas, la fièvre intermittente se présente telle que je l'ai décrite précédemment. Pinel commettait donc une erreur lorsqu'il pré-

tendait qu'il n'y avait pas de fièvre intermittente simple, c'est-à-dire qui n'eût été à son début ni inflammatoire, ni muqueuse, ni bilieuse, ni adynamique, ni ataxique. Ce sont là, en effet, tout autant de complications qu'on ne rencontre que dans des cas exceptionnels et qui impriment à la maladie une physionomie particulière. Ainsi lorsque la fièvre intermittente se complique d'un état inflammatoire, le frisson est généralement court, mais il est très intense; le deuxième stade est au contraire plus long, la chaleur est plus brûlante, il y a des signes de congestion vers la tête ou la poitrine; le quinquina n'a qu'un effet nul ou incertain, si on n'a pas préalablement le soin de désemplir les vaisseaux. La fièvre intermittente, avec complication inflammatoire, a généralement le type quotidien ou double tierce; elle a de la tendance à passer aux types sub-continu ou rémittent; enfin, les signes de pléthore persistent pendant l'apyrexie. Cette complication se remarque surtout chez les sujets jeunes et vigoureux.

Si la fièvre intermittente se complique d'un état bilieux, celui-ci s'aggrave généralement pendant l'accès; il persiste dans l'apyrexie, laquelle est alors souvent incomplète et accompagnée d'un grand malaise. Le quinquina n'a de l'efficacité qu'après qu'on a détruit la complication gastrique. La forme bilieuse se rencontre fréquemment dans les fièvres intermittentes qui règnent dans la Bresse pendant l'été et l'automne (Nepple). L'état muqueux ou catarrhal peut aussi compliquer la fièvre intermittente; c'est ce qu'on observe surtout chez les sujets débiles et qui vivent dans des lieux bas et humides. Quant aux formes adynamique et ataxique, on doit les considérer comme une variété des fièvres pernicieuses; j'en parlerai plus tard.

Durée. — Les fièvres intermittentes ont une durée longue. On a remarqué qu'elles se prolongeaient d'autant plus que leurs accès étaient plus éloignés. Ainsi les fièvres quotidiennes sont plus courtes que les tierces, celles-ci le sont davantage que les quartes. Les fièvres du printemps sont aussi moins opiniâtres que celles d'automne. Quelques fièvres cèdent spontanément après quatre ou cinq accès; d'autres, après trente ou quarante. Il n'est pas rare d'en voir dont les accès se renouvellent sans interruption pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. Dans ces cas, on observe plusieurs accidents consécutifs, qui sont : la *couleur jaunâtre de la peau*, l'*engorgement de la rate*, et l'*hydropisie*.

Accidents consécutifs. — 1° Chez beaucoup d'individus, il suffit de trois ou quatre accès de fièvre intermittente pour que la peau du corps prenne une teinte jaune toute particulière, caractéristique, et qu'il est impossible de décrire. Cette couleur, qui n'a aucun rapport ni avec celle de l'ictère ni avec la teinte jaune-paille de la cachexie cancéreuse, est surtout marquée au visage; elle se lie toujours à un appauvrissement du sang, qui est alors séreux, moins abondant, et contient beaucoup moins de fibrine et de matière colorante. Avant la découverte du quinquina, beaucoup de malades succombaient à cet état de cachexie.

2° L'engorgement de la rate est un des effets les plus ordinaires de la

fièvre ; mais il n'est pas exact de dire que l'organe splénique augmente de volume dans tous les cas de fièvre intermittente, car on trouve à ce sujet de nombreuses exceptions. L'engorgement de la rate paraît plus fréquent dans les fièvres tierces et quartes que dans les quotidiennes. On ne le constate que par la percussion seule, s'il est peu considérable ; mais, dans la plupart des cas, la palpation fait reconnaître que l'organe déborde le rebord costal ; il peut même descendre jusqu'au niveau de l'ombilic ou de la crête iliaque et soulever alors la paroi abdominale (*placenta febrilis*). M. Piorry, qui dans ces derniers temps s'est beaucoup occupé de l'exploration de la rate dans la fièvre intermittente, a noté que la moitié des malades environ (82 sur 171) accusaient une douleur ou un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre gauche. Cette douleur ne se manifeste souvent que dans le premier stade ; d'autres fois on ne la réveille qu'en palpant ou en percutant la région splénique. Dans quelques cas, le foie est également augmenté de volume, mais toujours à un degré infiniment moindre que la rate.

3° Enfin différentes hydropisies peuvent être la suite des fièvres intermittentes prolongées. Quelquefois il n'y a qu'un peu d'œdème aux malléoles, ou un peu de bouffissure à la face ; d'autres fois l'hydropisie est générale (anasarque), en même temps qu'un épanchement séreux plus ou moins abondant se forme dans l'abdomen.

La céphalalgie est encore un symptôme qui peut persister d'une manière incommode pendant la convalescence. A en juger par l'efficacité de la saignée dans ces cas, il est naturel d'attribuer la douleur de tête à un état de congestion du cerveau.

Ces divers accidents persistent en général plus ou moins longtemps après la cessation de la fièvre.

J'ai dit que la fièvre intermittente pouvait guérir spontanément. Dans ce cas son intensité va progressivement en diminuant : cependant on la voit parfois cesser brusquement, lorsque par exemple le malade change de lieu, ou bien à la suite d'une violente secousse morale, ou bien encore à l'occasion du développement d'une autre affection.

Rechutes. — Il n'y a aucune maladie dont les rechutes soient aussi fréquentes que celles des fièvres intermittentes. L'exposition au froid, à l'humidité, les émotions vives, des aliments indigestes, l'administration des purgatifs, sont les causes ordinaires des rechutes. Celles-ci sont plus fréquentes après les fièvres guéries par les fébrifuges qu'après celles qui ont cessé spontanément. Les rechutes seront d'autant plus à redouter que la fièvre a duré plus longtemps et que la saison est plus froide. En général, les fièvres intermittentes présentent dans leurs rechutes le même type et à peu près les mêmes phénomènes qu'elles avaient dans la première attaque. Quelques auteurs, Strack surtout, ont avancé que lorsque la fièvre récidivait, les nouveaux accès survenaient le même jour et à la même heure que si les anciens s'étaient reproduits sans interruption ; mais ce fait est loin d'être démontré ; il en est de même de l'opinion de Werlhof, qui admettait non seulement des jours, mais même des semaines *paroxystiques* ;

il prétendait que la fièvre tierce rechutait surtout dans la deuxième semaine, et la fièvre quarte dans la troisième.

Sans prétendre, avec quelques médecins optimistes, que les fièvres intermittentes sont des mouvements salutaires de la nature, il est vrai pourtant que, dans quelques cas, elles ont amélioré des constitutions débiles, ou amené la guérison de maladies graves qui avaient résisté jusqu'alors à tous les moyens thérapeutiques (épilepsie, folie, névralgies, etc.). Cependant il faut considérer ces faits, qui ont pour eux l'autorité de Boerhaave, d'Hoffmann, de Strack, de Werlhof, etc., comme étant des cas rares et exceptionnels; car il est beaucoup plus ordinaire de voir les fièvres intermittentes prolongées altérer la constitution générale et aggraver les maladies préexistantes. On a vu aussi la fièvre intermittente, quand elle affectait la femme enceinte, provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. On a dit que dans ces cas plusieurs des enfants étaient eux-mêmes atteints de fièvre intermittente ayant lieu aux mêmes heures que celle de la mère. Enfin, on a vu des maladies graves, telles que la phthisie, le scorbut et le diabète, succéder à des accès répétés de fièvre intermittente. Sydenham a aussi signalé une sorte de manie consécutive aux fièvres, surtout à celles qui ont le type quarte. Mais ces observations ne paraissent pas avoir été confirmées par d'autres médecins; Senac lui-même n'a jamais rencontré qu'un seul cas analogue, et M. Baillarger n'en a vu que deux. Il est d'ailleurs probable qu'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre intermittente régulière (la seule dont je parle actuellement) ne présente aucune difficulté; la succession des trois stades et la réapparition périodique des accès ne peuvent faire confondre la maladie avec aucune autre affection. Chez les enfants pourtant, surtout lorsqu'ils sont encore fort jeunes, le diagnostic peut offrir quelque incertitude; car ces accès sont ordinairement incomplets : ainsi, ne pouvant interroger les sensations des malades, le frisson manque ou passe presque toujours inaperçu; la sueur est souvent peu abondante. Ajoutons enfin que les accès, presque toujours quotidiens, reviennent à des heures irrégulières et qu'ils sont généralement fort longs; aussi est-on exposé à ne pas constater l'existence de l'apyrexie. Pour arriver à connaître le caractère de la maladie, il faut observer l'enfant aussi souvent que possible et l'entourer de personnes qui sachent l'observer. Il faut explorer son ventre, et, le plus souvent, on constatera au bout de quelques accès seulement une intumescence de la rate, qui aidera à fixer le diagnostic.

Pronostic. — Les fièvres intermittentes printanières et les sporadiques sont généralement plus faciles à guérir, et récidivent moins que les fièvres automnales et épidémiques. Les fièvres quartes sont plus opiniâtres que les tierces et les quotidiennes. L'enfance, la vieillesse, une constitution débile, les affections chroniques préexistantes des organes digestifs, sont des conditions fâcheuses. Des accès dont l'intensité s'accroît à mesure qu'ils se reproduisent indiquent en général que la fièvre n'a point de tendance à se terminer. Enfin les phénomènes consécutifs dont j'ai parlé constituent

toujours une circonstance fâcheuse, à cause de la lenteur avec laquelle ils disparaissent.

Étiologie. — Il est peu de localités dans lesquelles on ne puisse observer des fièvres intermittentes, du moins à l'état sporadique. Cependant il paraît que ces maladies sont inconnues dans les Indes orientales (Bontius), au cap de Bonne-Espérance, en Islande et dans certaines parties de la Suède et de la Russie. Une latitude géographique élevée, variable dans les deux hémisphères, peut être, à ce qu'on prétend, incompatible avec la manifestation endémique de maladies paludéennes. Ainsi Pétersbourg, dans le 59e degré latitude nord, et l'île Maurice, vers le 20e degré latitude sud, sont, malgré leurs marais, exempts, dit-on, de fièvres intermittentes. Ces maladies ne règnent d'une manière endémique que dans le voisinage des marais, des rivières, des routoirs, et généralement de toutes les stagnations d'eau ayant lieu sur un sol peu perméable et contenant des matières végétales en putréfaction. Ces foyers d'infection, qui existent en France surtout en grand nombre dans la Bresse, la Brenne et la Sologne, quoique permanents, n'ont pourtant pas la même énergie dans toutes les saisons. On s'est, en effet, convaincu que les émanations marécageuses acquéraient un surcroît d'activité à la fin de l'été et pendant l'automne, saisons pendant lesquelles les eaux stagnantes sont basses, réduites à leur partie fangeuse, laquelle, par son contact avec l'air et par l'action du soleil, dégage une plus grande quantité de miasmes. On peut établir avec raison, et cela d'une manière générale, que l'activité des émanations marécageuses s'accroît à mesure qu'on s'avance du nord au midi. On a aussi reconnu que les marais situés sur les bords de la mer sont plus délétères que ceux formés seulement par l'eau de pluie ou de rivière, probablement à cause de la grande quantité de matières putrescibles que les hautes marées entraînent dans les premiers. On voit encore les fièvres intermittentes sévir dans les terrains bas et humides, à côté des prairies artificielles, dans les rues non pavées et remplies de fumier, lorsqu'on défriche un sol vierge, humide, et contenant beaucoup de débris de végétaux, comme on l'a souvent observé chez les colons du Nouveau-Monde.

Dans toutes ces conditions, on admet qu'il se dégage certains principes plus ou moins actifs, nommés *effluves* (Lancisi), *miasmes*, *émanations*, *exhalaisons*, qui infectent l'air et le rendent apte à produire la fièvre intermittente. Mais jusqu'à présent on n'a pu saisir et isoler ce principe délétère; nous ignorons sa nature et son mode d'action, et toutes les théories qu'on a faites à ce sujet sont ridicules ou insuffisantes. Cependant on ne peut s'empêcher d'admettre dans l'air des marais une cause spécifique; car l'humidité ne joue certainement qu'un rôle secondaire : les débardeurs à Paris, qui travaillent sans cesse dans l'eau sur les bords de la Seine, sont néanmoins peu sujets aux fièvres intermittentes, comme cela résulte des belles recherches de Parent-Duchâtelet. La chaleur atmosphérique n'agit aussi, suivant nous, qu'en activant la putréfaction des matières végétales et la volatilisation des principes délétères. Je n'ignore pas pourtant que M. Faure a cité quelques faits pour prouver que la fièvre inter-

mittente pouvait sévir dans des pays secs, arides, et sous l'influence seulement d'une haute température : mais, pour entraîner la conviction, M. Faure aurait dû décrire plus complétement qu'il n'a fait la topographie des localités dont il parle, la nature du sol, comme les lieux circonvoisins. Quoi qu'il en soit, en les supposant exacts, ces faits sont exceptionnels, et ne sauraient autoriser l'auteur à conclure, comme il l'a fait, que la chaleur est la cause la plus générale des fièvres intermittentes.

On peut dire, en général, que les miasmes marécageux sont plus pesants que l'air ; ils sont accumulés en plus grande abondance dans les parties basses. Lancisi a aussi prouvé que leur activité est à son maximum après le coucher du soleil, car c'est alors que les vapeurs qui ont été raréfiées et dispersées par la chaleur du jour, se trouvent condensées, et se précipitent vers la terre.

La sphère d'activité des effluves marécageux varie beaucoup suivant les climats, les topographies, l'état calme ou agité de l'air, sa température et son hygrométrie. Dans nos pays tempérés, et lorsque l'atmosphère est tranquille, on a évalué à 4 ou 500 mètres la hauteur à laquelle peuvent s'élever ces émanations, tandis que leur propagation dans la direction horizontale ne serait que de 2 à 300 mètres. Mais dans les pays chauds la sphère d'activité s'agrandit beaucoup; ainsi dans les Indes on a vu, par exemple, des vaisseaux éloignés de 1,500 toises d'un foyer d'infection en éprouver pourtant les funestes effets (Montfalcon).

Cette migration des effluves par l'air explique quelques particularités dignes d'être mentionnées, telles que l'apparition des fièvres intermittentes sur de hautes montagnes, dans des lieux secs et salubres. On voit aussi les pays voisins des étangs être préservés de la fièvre, parce qu'une forêt ou une colline qui les sépare intercepte complétement la transmission des miasmes, tandis que ceux-ci vont agir dans des lieux plus éloignés. C'est, en effet, en raison de telle ou telle exposition, de tel ou tel obstacle à la propagation des miasmes, que l'on voit, dans les pays marécageux, un quartier, une rue, une portion de maison éprouver la fâcheuse influence de l'infection, tandis que les endroits les plus voisins en sont à l'abri.

La science possède un grand nombre d'observations rapportées spécialement par Lancisi, par Lind, par Nepple, etc., qui prouvent que les émanations marécageuses peuvent exercer sur les sujets qui s'y exposent une action vive et subite, qui varie depuis un simple malaise et un accès fébrile jusqu'aux accidents les plus graves et même la mort foudroyante. En général, pourtant, il y a une période d'incubation dont la durée varie d'un jour à plusieurs semaines, mais qui, dans la plupart des cas, ne dépasse guère le septième jour. Cela explique pourquoi la fièvre éclate souvent chez des individus qui, depuis quelques jours, s'étaient éloignés du foyer d'infection. Il paraît prouvé que l'habitude émousse l'activité des effluves chez certains individus: c'est du moins ce qui résulte des observations faites par Lancisi, par Lind et par M. Maillot. On dit que l'influence des races peut aussi rendre l'organisme réfractaire à l'action des effluves marécageux. Ainsi on lit dans le numéro de mars 1843 de la *Revue*

des Deux-Mondes, que dans la Floride, où d'infects marécages existent, la race blanche est décimée par les maladies qu'engendre cette cause délétère, tandis que les nègres résistent aux mêmes influences. Diverses causes débilitantes, comme les écarts de régime, les émotions morales, les maladies, paraissent autant de circonstances qui rendent les individus plus susceptibles à l'action miasmatique et qui abrègent la période d'incubation. Il est certain que les fièvres intermittentes ne sont pas contagieuses.

Traitement. — Beaucoup de médecins du siècle dernier, et même quelques uns de nos contemporains, s'appuyant de l'autorité de Galien et de Boerhaave, ont conseillé de laisser durer pendant un certain temps les fièvres intermittentes qui ne menacent pas la vie des individus. Ils voulaient, en effet, qu'on n'administrât les fébrifuges qu'après le septième jour. Mais cette pratique est irrationnelle; elle n'est fondée que sur cette opinion erronée qui consistait à regarder la fièvre comme un mouvement dépuratoire de la nature, et pouvant exercer une heureuse influence sur la constitution. Cependant Torti, Werlhof, Strack, Lind, Senac, etc., ont combattu la méthode de l'expectation; ils ont, au contraire, conseillé de guérir la fièvre le plus tôt possible, parce que la répétition de cinq ou six accès n'est pas toujours sans inconvénients, et que, trop souvent, on a vu une fièvre bénigne changer brusquement de caractère et devenir pernicieuse. Il faudra donc chercher à guérir la fièvre aussitôt qu'on en aura constaté l'existence.

Le traitement des fièvres intermittentes comprend : 1° les soins qu'il faut donner au malade pendant l'accès; 2° les remèdes qui doivent prévenir les retours de la fièvre.

1° *Traitement de l'accès.* — Wilson Philipps établit en principe, dans son traité des *fièvres intermittentes*, que dans le traitement des paroxysmes on doit avoir pour but de mettre fin au stade présent en sollicitant celui qui a coutume de lui succéder. Ainsi, pendant le stade de froid on favorise la chaleur, et pendant la chaleur on excite l'établissement de la sueur. Pour remplir ces indications, on devra, pendant le stade du froid, envelopper le malade de linges chauds, et lui faire prendre quelques tasses d'une infusion aromatique chaude. Les saignées, les purgatifs et les vomitifs, que quelques auteurs ont préconisés à cette époque, sont nuisibles et souvent très dangereux. Pendant la chaleur, on continue l'usage des boissons tièdes, mais légèrement acidulées; Lind conseille en outre l'administration de l'opium. Ce judicieux médecin dit, en effet, que, donné au commencement de la chaleur, l'opium abrège la durée de l'accès, qu'il fait cesser la céphalalgie, le malaise, l'agitation, qu'il provoque un sommeil paisible et procure une sueur abondante : Cullen conseille la même pratique. Dans le dernier stade, le malade boira tiède pour ne pas suspendre l'exhalation cutanée. Si la sueur était très abondante, on remplacerait le linge mouillé par du linge sec et chaud ; et si le malade était très épuisé, on lui donnerait quelques cuillerées de vin généreux ou d'une substance tonique quelconque.

Pendant l'apyrexie, deux ordres de moyens peuvent être employés : les

uns, *directs*, ont pour but d'empêcher le retour des accès : ce sont les *fébrifuges;* les autres, *indirects*, servent à combattre quelques accidents qui pourraient contre-indiquer l'emploi des premiers.

1° *Moyens indirects.* — Les principaux sont la saignée, les vomitifs et les purgatifs.

La saignée est indiquée dans les cas de complication inflammatoire, lorsque la période de chaleur est très intense, très prolongée, et qu'il existe des signes d'une vive congestion viscérale, soit pendant l'accès, soit même durant l'apyrexie. La saignée ne sera jamais pratiquée pendant le frisson ; pour la faire on choisira le stade de chaleur ou la période d'intermission. Comme tous les remèdes perturbateurs, on a vu la saignée suspendre quelquefois le cours des accès et guérir la fièvre.

Les vomitifs et les purgatifs ne seront administrés que dans les cas d'une complication bilieuse ; on choisira pour les donner le moment de l'apyrexie qui sera le plus éloigné des deux accès ; on donnera la préférence aux purgatifs amers, tels que la rhubarbe, les feuilles de pêcher ou les sels magnésiens.

2° *Moyens directs*, ou *fébrifuges.* — Le quinquina est le fébrifuge par excellence ; parmi toutes les préparations de quinquina, le sulfate de quinine est celle qui doit être toujours préférée. On donne ce sel à la dose de 25, 50, 100 et 150 centigrammes en poudre, en pilules ou en sirop. On l'administre communément par la bouche ; on peut aussi le donner en lavement, mais il agit alors moins sûrement : enfin, on l'a encore introduit par la méthode endermique. Nous avons expérimenté avec M. Chomel ce dernier mode d'administration, et nous nous sommes assurés que le sel de quinine, appliqué deux heures seulement avant l'accès, pouvait empêcher celui-ci complétement, tandis que, donné par la bouche, il fallait un temps beaucoup plus long. Mais le sulfate de quinine, appliqué sur la peau dénudée, a l'inconvénient de déterminer souvent des escarres et des ulcérations douloureuses, dont la guérison ne s'opère que lentement ; aussi, dans les cas où la fièvre intermittente est simple et ne compromet pas la vie, il faut préférablement administrer le fébrifuge par la bouche.

Le sulfate de quinine, donné pendant ou peu avant l'accès, ainsi que le voulait Torti, ne modifie point celui-ci ; mais il peut modérer ou empêcher l'accès suivant. Il convient de faire prendre le fébrifuge *pendant l'apyrexie;* et, soit qu'on le donne par doses fractionnées, comme l'indique Sydenham, ou en une seule fois, comme le faisait Torti, il importe, si on veut prévenir sûrement l'accès, *que le médicament soit pris huit à douze heures au moins avant l'invasion probable de la fièvre.* Lorsque le sulfate de quinine, administré comme il vient d'être dit, n'a fait que diminuer l'accès, il faut soupçonner que la dose a été insuffisante, et on devra l'augmenter. L'usage du fébrifuge sera continué plusieurs jours de suite : en général, pendant huit jours pour les fièvres quotidiennes, quinze jours pour les tierces, trois semaines pour les quartes. Beaucoup de médecins sont dans l'habitude de donner alors le médicament à doses décroissantes ; mais il arrive dans ce cas que l'économie, habituée d'abord à des doses

considérables du remède, n'est plus influencée par des quantités plus minimes. Il convient donc, à l'exemple de Sydenham, lorsqu'on a coupé la fièvre, de suspendre le remède quelques jours, et de le donner ensuite à haute dose à certains intervalles, en ayant toujours le soin de choisir pour cette administration le jour qui eût été celui de l'apyrexie si les accès avaient continué.

Il y a cependant quelques conditions qui nécessitent certaines modifications dans l'emploi du sulfate de quinine. Ainsi, dans les cas où il y a des coliques et de la diarrhée, le fébrifuge sera associé à une certaine quantité d'opium. Chez les enfants, on le combinera avec une substance aromatique comme l'anis, pour en masquer la saveur amère, ou bien on le donnera dans du café au lait; à moins qu'à l'exemple de M. Trousseau, on ne préfère leur administrer la quinine brute à la dose de 20 à 40 centigrammes. Dans ces derniers temps, on a conseillé, chez les sujets nerveux, irritables, de remplacer le sulfate par le valérianate de quinine, qui aurait en outre l'avantage de pouvoir être donné à plus faible dose (Devay). Si on manquait de sulfate de quinine, on prescrirait le kina en extrait à la dose de 8 ou 16 grammes, ou bien en poudre à la dose de 16 à 60 gram. sous forme de bols.

Le sulfate de quinine, dont le mode d'action nous est inconnu, est absorbé et en partie éliminé par la sécrétion rénale. On le retrouve, en effet, dans les urines, où sa présence est décelée par l'iodure de potassium ioduré, qui détermine un précipité jaune-orange imitant la poudre de cannelle ou de quinquina jaune. On peut encore reconnaître la présence du sel de quinine en concentrant la liqueur et en l'examinant au microscope: on découvre alors des cristaux polyédriques, allongés, groupés en éventail et en feuilles de fougère; la plupart sont irréguliers et comme amorphes.

D'autres substances ont été vantées comme fébrifuges; je citerai surtout la salicine, la poudre de houx, l'olivier d'Europe, l'écorce de marronnier, le fer, le mercure, l'antimoine, la gélatine, l'opium, la fève Saint-Ignace, la digitale, l'arnica, le sel marin, l'alun, le phosphore, l'écorce d'oranger, etc., etc; mais toutes ces substances ne méritent aucune espèce de confiance. Dans ces derniers temps, M. le docteur Boudin a essayé de réhabiliter l'acide arsénieux, employé il y a longtemps en Allemagne. M. Boudin le donne à la dose d'un demi-milligramme dans une cuillérée d'eau, cinq ou six heures avant l'heure présumée de l'accès; quand cette première dose échoue, il donne 1 milligramme. Les faits nombreux cités par M. Boudin doivent inspirer quelque confiance, ils autorisent à donner l'acide arsénieux dans les cas seulement qui sont rebelles au quinquina; mais il faut prendre garde, dans l'administration d'un remède aussi dangereux, de ne jamais dépasser les faibles doses que j'ai indiquées. Par excès de prudence, le médecin devra lui-même assister à la préparation du remède et l'administrer (1).

(1) Acide arsénieux 0,010 gramme (un 5e de grain); ajoutez successivement, et par petites parties, 1 gramme (18 grains) de sucre de lait; triturez au moins 10 minutes dans un mortier, et divisez en 20 paquets, dont chacun contiendra un 1/2 mil-

Enfin, M. Thomas a cherché à prouver, en 1839, dans le *Recueil de la Société d'Indre-et-Loire*, que le chlorure d'oxide de sodium était très efficace pour prévenir les rechutes, qu'il était même pour cela préférable au quinquina. Cependant les faits réunis par l'habile médecin de Tours m'ont paru insuffisants ; de nouveaux expériments sont encore nécessaires.

Accidents consécutifs. — La céphalalgie qui persiste après la guérison des accès cède ordinairement à une saignée générale. L'engorgement de la rate, les hydropisies, le teint jaune et cachectique, indiquent l'usage des amers, des diurétiques, des frictions sèches et aromatiques. On persistera surtout dans l'emploi du sulfate de quinine, qu'on combinera utilement, dans les cas d'anémie, à une préparation ferrugineuse (sous-carbonate, lactate ou limaille de fer). Le sulfate de quinine agit surtout efficacement contre l'engorgement de la rate ; il faut quelquefois porter la dose de ce médicament à plusieurs grammes. Son action est souvent très rapide ; M. Piorry prétend même que la région splénique commence à diminuer quelques minutes après l'ingestion du remède. Cependant il est des cas, et nous en avons vu de nombreux exemples, où la rate conserve un volume considérable, nonobstant l'emploi du sel de quinine ; malgré cela, la santé générale se rétablit chez presque tous ; ce qui porte à penser que l'inefficacité du remède n'est pas due, comme on l'a dit, à la présence dans la rate de quelques productions tuberculeuses ou carcinomateuses.

Malgré l'emploi de ces moyens, il est des individus qui ne peuvent se rétablir, et chez lesquels la fièvre récidive constamment après un court répit. Dans ce cas, il faut conseiller au malade de quitter momentanément le pays. Le changement d'air suffit le plus souvent pour le rétablir.

Il n'y a aucun moyen prophylactique contre les fièvres intermittentes, lorsqu'on s'expose aux causes qui les développent : mais il est presque au pouvoir de l'homme d'empêcher le développement de ces maladies, ou du moins de les empêcher de régner épidémiquement, en desséchant les marais et en assainissant le pays. M. Villermé a prouvé, par exemple, qu'autrefois on voyait, presque tous les ans à Paris, des épidémies de fièvres d'accès, tandis qu'elles ont cessé depuis que, par le pavage des rues, leur pente mieux calculée et l'écoulement facile des eaux, on a fait cesser les causes d'infection qui dégageaient les miasmes.

Nature de la maladie. — Les auteurs ont imaginé beaucoup d'hypothèses pour expliquer le siége et la nature de la fièvre intermittente ; mais personne n'a pu percer encore ce mystère ; car aucune recherche n'en a jusqu'à présent fixé anatomiquement le point de départ. Quelques auteurs modernes ont, il est vrai, trouvé souvent des lésions du tube digestif et des

ligramme d'acide (un 100e de grain). Ou bien, prenez : arséniate de soude 0,010 gramme (un 5e de grain), dissolvez dans eau distillée quantité suffisante, saturez avec amidon quantité suffisante, et divisez le tout en 20 pilules. On en donne une ou deux dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire un 100e ou un 50e de grain. Dans ces derniers temps, M. Boudin a donné l'acide arsénieux à plus haute dose ; mais nous n'hésitons pas à dire que cette conduite ne doit pas être imitée.

centres nerveux ; mais il est facile de se convaincre par la lecture de leurs ouvrages que la plupart de ces altérations sont cadavériques, et que les autres, purement accidentelles et variables suivant les individus, tiennent à des complications et nullement à la maladie principale. La rate étant le seul organe qui présente une altération presque constante, on a tenté, à diverses époques, de placer dans ce viscère le siége des fièvres intermittentes. M. Audouard, et récemment M. Piorry, sont les médecins qui ont soutenu cette opinion avec le plus de conviction et de talent. Le premier croit que dans la fièvre intermittente il y a primitivement altération du sang par le miasme marécageux ; cette altération détermine la congestion de la rate ; mais cette dernière lésion est celle qui, d'après l'auteur, produirait l'intermittence du mouvement fébrile. L'opinion de M. Piorry diffère de la précédente en ce que ce professeur n'admet pas qu'une altération du sang produise directement les fièvres d'accès ; pour lui, le poison marécageux agirait directement sur la rate par une sorte d'action élective, et déterminerait consécutivement à la lésion de ce viscère la fièvre intermittente. Des objections sérieuses peuvent être opposées à cette doctrine. Ainsi il est prouvé que la rate ne s'engorge pas dans toutes les fièvres intermittentes ; que cet engorgement peut persister longtemps après la cessation des accès ; il peut même, ainsi que M. Nepple l'a observé, débuter ou s'accroître lorsque la fièvre a disparu. Enfin on voit fréquemment des engorgements considérables de la rate se développer lentement sans qu'il ait jamais existé de pyrexie. Aussi concluons-nous avec la grande majorité des médecins que l'altération de la rate qu'on rencontre si communément dans les fièvres intermittentes n'est autre chose qu'un effet de la fièvre elle-même, comme le sont les hydropisies, l'état anémique et la coloration spéciale des téguments.

Il serait oiseux de discuter pour prouver que la fièvre intermittente n'est pas une inflammation. Dirons-nous que c'est une névrosténie (Giannini), une névrose (Brachet et Rayer), une irritation cérébro-spinale (Maillot), une affection du système ganglionnaire (Worms) ? Il semblerait assez naturel de rattacher à une perturbation nerveuse les principaux symptômes de la maladie. Cependant nous ne savons rien de positif à ce sujet, et il vaut bien mieux confesser notre ignorance que de la voiler par quelques mots plus ou moins prétentieux et qu'on serait souvent bien embarrassé de définir. Non seulement on a voulu localiser la fièvre intermittente, mais on a même prétendu expliquer sa périodicité. On a émis à ce sujet des opinions tellement extravagantes, que nous croyons de notre devoir de n'en point parler.

En résumé, dans l'histoire de la fièvre intermittente, il faut bien nous persuader que nous ignorons ce qui constitue le miasme, sur quel organe il exerce son action, et de quelle manière le quinquina agit pour le neutraliser.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES.

On donne le nom de *pernicieuses* aux fièvres intermittentes qui, en raison de leur gravité et de leur marche rapide, peuvent se terminer par la mort dans le cours d'un accès.

Historique. — Quoique Hippocrate, Praxagoras et les Arabes aient vu quelques fièvres intermittentes s'accompagner d'accidents mortels, on peut dire pourtant que le caractère des fièvres pernicieuses fut complétement méconnu par les médecins jusqu'au XVIIe siècle, époque à laquelle parurent les travaux de Mercatus; mais ce fut néanmoins Morton qui le premier décrivit ces maladies avec quelque précision, et qui créa en quelque sorte leur traitement. Après Morton, on vit paraître tour à tour les immortelles recherches de Werlhof, de Lautter, de Senac, de C. Medicus, de Comparetti, et surtout celles de Torti, qui a non seulement décrit avec une admirable précision le caractère des fièvres pernicieuses, mais qui a posé en outre des préceptes thérapeutiques fort sages, qui nous servent encore de règles aujourd'hui. Les auteurs modernes ont peu ajouté à ce que ces grands maîtres nous ont laissé. On lira pourtant avec fruit les livres d'Alibert et de M. Maillot.

Variétés. — Il y a plusieurs espèces de fièvres pernicieuses; il en est qui sont caractérisées par un ensemble de symptômes graves, sans prédominance d'aucun d'eux. Ainsi à chaque accès la physionomie est profondément altérée, la prostration est grande, le pouls est petit et irrégulier, l'intelligence est obtuse, et la langue sèche : cependant dans la plupart des cas on observe un symptôme prédominant qui fixe l'attention et constitue tout le danger de la maladie.

La fièvre peut être pernicieuse par l'exagération du stade de froid : c'est la *fièvre algide;* et du stade de sueur : c'est la *fièvre diaphorétique.*

1° La fièvre *algide* est caractérisée par un froid intense et général dont les malades n'ont pas souvent conscience, et pendant lequel la face a l'aspect cadavéreux. Il y a des plaintes; l'agitation est extrême; la soif est vive, l'haleine froide, la voix éteinte, le pouls petit, fréquent, irrégulier ou bien rare; l'intelligence reste intacte au milieu de troubles aussi profonds. La mort peut arriver dès le premier accès. Si l'individu ne succombe pas, la chaleur s'établit lentement, et elle est peu considérable. Dans l'intermission, le malade reste faible et souffrant. Si on n'y porte un prompt remède, la maladie est en général mortelle dès le deuxième accès. Dans la plupart des cas, la fièvre algide n'est manifestement que l'exagération du premier stade; c'est le froid qui est plus intense et plus long que de coutume. Dans quelques circonstances pourtant, c'est au milieu du deuxième stade, et pendant la réaction franche d'une fièvre en apparence bénigne, qu'on voit tout à coup apparaître les symptômes de l'état algide. C'est même cette marche que M. Maillot a observée le plus ordinairement en Afrique.

2° La fièvre *diaphorétique* est une des plus insidieuses. En effet, ses deux premiers stades ne diffèrent point communément de ceux d'une fièvre intermittente bénigne ; parfois pourtant la période de sueur est un peu plus précoce. Dans cette forme, dès que la peau s'humecte, les malades se sentent soulagés ; mais bientôt la sueur devient tellement excessive, qu'elle pénètre toutes les parties du lit ; les malades ont froid ; leurs forces s'épuisent ; le pouls est d'une petitesse extrême : mais l'intelligence persiste dans son intégrité. Si la mort n'arrive pas dès le premier accès, elle est presque inévitable au second. Torti a failli en être lui-même victime.

Le troisième groupe de fièvres pernicieuses que nous établissons comprend toutes celles qui sont caractérisées par quelque trouble de l'innervation, tel que le coma, le délire, la catalepsie, l'épilepsie, les convulsions, l'hydrophobie et la paralysie.

1° La *fièvre comateuse*, qu'on nomme aussi *soporeuse*, *léthargique*, *carotique*, *apoplectique*, est une des formes les plus fréquentes. Le coma qui la caractérise varie depuis la simple somnolence jusqu'au carus le plus profond. Il s'établit parfois dès le premier stade, mais presque toujours pendant le second. Il est rare que le malade succombe dans le premier accès ; mais il survit rarement au troisième ou au quatrième. La fièvre comateuse est sans contredit de toutes les formes pernicieuses, celle qu'on rencontre le plus souvent chez les enfants.

2° La *fièvre délirante* est caractérisée par un délire plus ou moins violent, qui débute communément pendant le deuxième stade. L'exaltation cérébrale diminue peu à peu pendant la période de sueur. La mort peut survenir brusquement pendant le délire, ou bien les malades tombent dans le coma, et succombent dans un état d'insensibilité complète.

3° Sous le nom de *fièvre convulsive*, je comprends toutes les fièvres pernicieuses accompagnées par les différentes variétés de convulsions toniques ou cloniques. Ainsi, tantôt les malades présentent une roideur tétanique partielle ou générale (*fièvre tétanique*) ; Cas. Médicus en a rencontré de nombreux exemples dans le cours d'une épidémie. Ou bien on observe tous les symptômes de la catalepsie, comme Torti en rapporte un cas (*fièvre cataleptique*) ; d'autres fois ce sont, comme Lautter l'a vu, des mouvements convulsifs avec écume à la bouche, et tels qu'on les remarque dans une attaque d'épilepsie (*fièvre épileptique*) ; enfin d'autres fois ce sont des mouvements convulsifs irréguliers (*fièvre convulsive* proprement dite). Cette dernière variété, qu'on rencontre surtout chez les enfants, est souvent sans danger ; elle ne doit être regardée comme pernicieuse qu'autant qu'elle s'accompagne d'un état général grave. Enfin, pour terminer l'énumération des fièvres pernicieuses qui sont caractérisées par un trouble du système nerveux, je dirai qu'on a aussi décrit une fièvre *paralytique* et une fièvre *hydrophobique :* la première serait caractérisée par une paralysie partielle ; la seconde, par une fureur maniaque avec horreur pour les liquides. Ce sont là peut-être les deux formes les plus rares de la maladie dont je parle.

Dans un quatrième groupe de fièvres pernicieuses nous plaçons toutes

celles dont les symptômes caractéristiques sont fournis par le cœur et les poumons.

1° *Du côté du cœur* nous trouvons les fièvres *cardialgique* et *syncopale*. La première est caractérisée par une douleur vive, atroce, déchirante, vers l'épigastre et le cœur, accompagnée d'une grande anxiété, avec défaillance et altération profonde des traits. Ces symptômes, que Strack a fort bien décrits, débutent en général dans le premier stade de la fièvre, et peuvent, par leur violence, occasionner la mort dès le premier accès. La fièvre *syncopale* est une forme assez fréquente; elle est caractérisée par des syncopes qui ont lieu spontanément, ou sous l'influence de la cause la plus légère; la mort est presque inévitable dès le deuxième accès.

2° *Du côté des poumons.* On a parlé de fièvres *asthmatique*, *dyspnéique* et *aphonique*, dont l'existence ne nous semble pas bien démontrée. Il en est autrement des fièvres pleurétique et pneumonique, dont j'ai rapporté plusieurs exemples dans mon *Traité de la pneumonie*. J'ai en outre prouvé dans ce livre que les symptômes stéthoscopiques de la pneumonie pouvaient disparaître pendant l'intermission, pourvu que la maladie pulmonaire ne dépasse pas le premier degré.

Enfin, dans un cinquième groupe il faut placer les fièvres pernicieuses qui s'accompagnent de quelque symptôme grave du côté des organes abdominaux. On en distingue plusieurs variétés: les unes sont caractérisées par une douleur vive, atroce, à l'épigastre, avec efforts de vomissements, soif vive, anxiété inexprimable: c'est la *fièvre gastralgique*. Cette forme, quoique excessivement pénible, est pourtant une de celles peut-être qui ont le plus rarement une issue funeste.

Les autres fièvres pernicieuses abdominales les plus communes sont la forme *cholérique*, et la forme *dysentérique* de Torti, à laquelle se rapporte la *fièvre hépatique* et *atrabilaire* de beaucoup d'auteurs anciens. L'une et l'autre sont caractérisées par des douleurs vives dans l'abdomen, par des *déjections*, et les symptômes qui accompagnent le choléra sporadique et la dysenterie. La forme dysentérique est moins grave que la forme cholérique; cependant j'ai failli perdre un malade atteint de cette variété de fièvre. On a encore décrit une fièvre *péritonique*, *néphrétique* et *cystique* qui est surtout caractérisée par des douleurs vives dans tout le ventre ou dans la région lombaire ou bien à l'hypogastre; mais l'existence de ces variétés me semble encore très problématique.

Je ne dirai rien des formes *rhumatismale*, *céphalalgique*, *ictérique* et *exanthématique*; car je pense avec M. Chomel et quelques autres autorités, qu'une céphalalgie ou une hémicrânie vive, que des douleurs articulaires, qu'un ictère survenu brusquement, et un exanthème cutané, ne suffisent pas pour imprimer à la fièvre intermittente un caractère pernicieux.

Marche. — Quelle que soit la forme sous laquelle la fièvre pernicieuse se montre, nous avons vu que les symptômes graves commencent tantôt avec l'accès, tantôt dans le cours du deuxième ou du troisième stade. Le ca-

ractère pernicieux peut se révéler d'emblée dès le début de la fièvre ; d'autres fois celle-ci, bénigne dans les deux premiers accès, devient tout à coup pernicieuse dans le troisième ; ou bien enfin elle passe au type continu, comme Lancisi l'a vue à Rome en 1695, et Richar à Turin en 1720. La fièvre pernicieuse se montre rarement sous d'autres types que les types *tierce* et *double tierce*. Le plus souvent le paroxysme est caractérisé par les trois stades; mais souvent aussi il y a un ou deux des stades qui font défaut; ou bien ils sont d'autres fois moins marqués que d'habitude.

Nous avons vu que la marche de cette affection était très rapide, et que le péril augmentait avec le nombre des accès. Il arrive fréquemment aussi que ceux-ci sont d'autant plus longs qu'ils se renouvellent plus souvent, parfois même ils deviennent subintrants. Suivant M. Maillot, les quotidiennes deviennent pernicieuses du troisième au sixième accès, et les tierces du troisième au quatrième. Lorsqu'on ne fait rien pour prévenir la fièvre, presque tous les malades succombent au troisième ou au quatrième accès ; rarement la vie se prolonge jusqu'au cinquième, beaucoup meurent dès le second ou même dès le premier. Les fièvres pernicieuses offrent encore ceci de particulier qu'elles peuvent se transformer les unes dans les autres; il peut se faire encore que deux ou trois symptômes prédominent au même degré.

Les fièvres pernicieuses sont très meurtrières, surtout quand elles sont épidémiques. Bailly dit, en effet, qu'à l'hôpital St-Esprit de Rome la mortalité est de 1 sur 2 1/4. M. Nepple l'a dit être dans la Bresse de 1 sur 2; M. Maillot estime qu'elle n'est que d'un 5e dans l'Algérie.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente aucune difficulté toutes les fois que les accès sont dessinés et que les symptômes sont graves ; mais il arrive parfois que les trois stades du paroxysme passent inaperçus, parce que l'attention des assistants et du médecin lui-même a été alors détournée par le symptôme inquiétant, convulsion, coma, délire, douleur, etc., qui caractérise l'état pernicieux. Cependant, toutes les fois qu'on verra survenir brusquement chez un individu un symptôme grave quelconque, qui, après avoir persisté quelques heures, se sera ensuite dissipé spontanément et laissera l'individu dans un état de santé parfaite ou presque parfaite, il faudra alors, comme le conseille C. Medicus, soupçonner une affection périodique et diriger le traitement d'après cette idée, attendu qu'il est rare de voir une affection grave se développer et se terminer en un court espace de temps, si cette maladie n'est pas pernicieuse. Cette considération a d'autant plus de valeur, qu'on observe dans un pays marécageux et dans une constitution où règnent beaucoup de fièvres pernicieuses. Les auteurs anciens signalent aussi le sédiment briqueté des urines à la fin de l'accès; mais c'est un signe qui, comme nous l'avons déjà dit, ne paraît pas avoir l'importance qu'on lui avait jadis attribuée.

En règle générale, il faut se méfier de toutes les fièvres intermittentes qui présentent une intensité croissante dans les accès, surtout lorsqu'on observe quelque symptôme insolite, tel qu'une altération des traits et une faiblesse inaccoutumée, une douleur vive, une évacuation insolite ou un

sommeil prolongé, même lorsqu'il paraît naturel, ainsi que le prouve le fait très remarquable rapporté par Werlhof, et que tout médecin doit connaître. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, qui, rencontrant Werlhof dans la rue, le pria de venir la voir le lendemain, jour où elle attendait le troisième accès d'une fièvre tierce dont elle était atteinte. L'accès eut lieu, en effet, mais il fut si violent que la malade succomba dans un coma apoplectique. Cette femme, dans l'accès qui avait précédé la mort, avait paru dormir *longtemps et profondément*, ses parents n'avaient pas osé la réveiller. On comprend que c'était là déjà un accès pernicieux.

Pronostic. — Le pronostic est extrêmement fâcheux; les formes algide, comateuse, syncopale et cholérique sont les plus graves. Si on n'est appelé qu'après le deuxième accès, le péril est prochain. La tendance de la maladie au type continu aggrave également le pronostic. Le refroidissement du corps, la décomposition des traits, l'immobilité du corps, la disparition du pouls, sont les avant-coureurs d'une mort prochaine.

Étiologie. — Il est rare de voir des fièvres pernicieuses ailleurs que dans les pays marécageux; on les rencontre spécialement dans ceux qui sont le plus insalubres : à Paris, par conséquent, on en observe rarement; nous en avons pourtant reconnu déjà cinq ou six exemples. Peut-être les accès pernicieux ne semblent si rares à Paris que parce qu'ils passent souvent inaperçus; beaucoup de malades succombent alors sans qu'on soupçonne même la nature de l'affection.

Traitement. — D'après ce que je viens de dire, on comprend combien il est urgent de combattre les fièvres pernicieuses par le sulfate de quinine. Quel que soit leur type, on devra toujours donner le médicament au déclin de l'accès pendant lequel on a distingué ou seulement soupçonné le péril (Chomel). Au lieu de fractionner les doses du remède, on devra, au contraire, se hâter de donner à la fois une grande quantité de quinine et on en rapprochera les doses le plus possible. Le médicament devra être introduit à la fois par toutes les voies par lesquelles il peut être absorbé; c'est-à-dire qu'il faudra l'administrer concurremment par la bouche, en lavement, et par la méthode endermique. Ainsi il faut d'abord se hâter de faire avaler au malade 1 à 2 grammes de sulfate de quinine, et d'injecter dans le rectum, préalablement vidé des matières fécales, une quantité double du médicament. En même temps on dénudera avec la pommade ammoniacale une portion plus ou moins considérable de la peau du ventre, et on la recouvrira de sulfate de quinine. On pourra enfin incorporer 2 ou 3 grammes du médicament dans de l'axonge, puis on appliquera cette pommade dans les aines et les aisselles, où l'absorption est assez active. Je le redis encore, le péril est si grand et si prochain, qu'il n'y a aucun moment à perdre, et pour le conjurer il faut agir le plus promptement et le plus énergiquement possible.

Lorsqu'on observe le malade pendant l'accès pernicieux, il est, en outre, quelques moyens qu'on doit employer. Ainsi, lorsqu'il existe une douleur vive qui brise les forces et épuise la sensibilité, comme dans la fièvre car-

dialgique ou gastralgique, il faut tâcher de la calmer par l'administration de l'opium; si plus tard le malade tombait dans la prostration, on le ranimerait par des excitants et des cordiaux. Ceux-ci conviennent également dans les fièvres algide et diaphorétique, tandis que l'opium est indiqué dans les formes cholérique et dysentérique. Dans les fièvres pernicieuses caractérisées par un trouble du système nerveux, on aura recours aux révulsifs cutanés (sinapisme, vésicatoire, urtication); et s'il existait quelque signe de congestion céphalique, on pratiquerait une saignée générale ou locale suivant l'indication que le pouls fournirait. Cependant il ne faut pas prodiguer ce moyen, qui peut être dangereux; je dirai même qu'il faut y avoir recours rarement; car on doit être bien convaincu que les douleurs vives, et que les troubles extrêmes des fonctions organiques qui caractérisent les fièvres pernicieuses, ne se lient point à une inflammation. Si j'insiste sur ce point, c'est parce qu'un médecin distingué, M. le docteur Maillot, me paraît avoir trop prodigué les évacuations sanguines: aussi a-t-on vu des accidents pernicieux survenir après leur emploi, tandis qu'il les eût prévenus sûrement en administrant plus tôt le spécifique. Les accidents conjurés, on continuera l'usage du sulfate de quinine pendant assez longtemps, afin d'en prévenir le retour.

Nature. — La nature de ces fièvres est aussi inconnue que celle des fièvres intermittentes simples. C'est à elles surtout qu'on doit rapporter ce que j'ai dit à la fin du précédent article sur la valeur des altérations cadavériques qu'on trouve chez ceux qui sont emportés par les fièvres d'accès. Ma critique porte surtout sur les observations de M. Maillot, qui sont les plus récentes et les plus complètes. A la suite des fièvres pernicieuses, on ne trouve d'autres lésions constantes qu'une augmentation dans le volume de la rate, qui est en outre ramollie, diffluente. On a vu plusieurs fois pendant la vie ce viscère se rompre pendant l'accès, surtout durant le frisson; les malades succombent alors très promptement avec les signes d'une hémorrhagie interne ou d'une péritonite suraiguë. Le sang examiné pendant la vie n'offre aucune altération dans sa composition, à moins de quelque complication phlegmasique; c'est ce qui résulte des recherches entreprises en Algérie par MM. Léonard et Folley.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ANOMALES.

Les fièvres intermittentes *anomales* sont celles qui se présentent sous des formes différentes de celles qui appartiennent aux fièvres intermittentes régulières dont j'ai parlé précédemment. Nous distinguerons avec M. Chomel quatre espèces principales de fièvres anomales. La première sorte comprend celles dont les accès n'offrent qu'un ou deux des trois stades ordinaires: on les nomme *fièvres incomplètes*. Ainsi, on a vu de ces fièvres n'être caractérisées que par un frisson périodique (Morgagni, Wolf); dans d'autres, au contraire, il n'y a qu'une augmentation de la chaleur sans froid initial ni sueurs (T. Bartholin); enfin, dans des cas qui ne sont pas rares, les accès ne sont marqués que par des sueurs (Piquer). Le second

groupe des fièvres anomales comprend celles dont les trois stades sont confondus ou renversés. Ainsi, comme M. Chomel l'a vu une fois, on peut observer simultanément sur le même sujet le *rigor* du premier stade, l'*élévation de la chaleur* du deuxième et une *sueur* abondante comme au troisième. D'autres fois les accès sont renversés, c'est-à-dire qu'une chaleur brûlante constitue le premier stade, tandis que le frisson lui succède (épidémie de Varsovie de 1700). La troisième variété des fièvres anomales comprend celles dans lesquelles les phénomènes fébriles, frissons, chaleur, sueurs, sont bornés à une partie du corps (*fièvre topique*). Enfin, dans un quatrième groupe on range les fièvres dites *larvées* ou *masquées*, dont les accès ne sont marqués par aucun des trois stades des fièvres régulières, mais seulement par un symptôme plus ou moins grave, qui se reproduit à des intervalles déterminés. C'est ainsi qu'on voit des douleurs dans diverses parties du corps, des symptômes d'apoplexie, d'épilepsie, de catalepsie, de chorée, ou bien une insomnie, un coma, un cauchemar, une cardialgie, de la soif, de la toux, des vomissements, des hémorrhagies, etc., se montrer périodiquement, et avec le type propre aux fièvres intermittentes. Lorsque l'on voit ainsi apparaître périodiquement un des phénomènes graves que je viens d'énumérer, la maladie est appelée fièvre *pernicieuse larvée*. Ces affections périodiques ne devraient pourtant pas être appelées *fièvres*, parce que, dans la plupart des cas, nul phénomène pyrétique ne les accompagne : cependant l'usage a prévalu de leur donner le nom qu'elles portent, et nous ne voyons aucun avantage à le changer aujourd'hui.

Quelque différence d'ailleurs qu'il y ait en apparence entre les fièvres régulières et les divers phénomènes que nous avons réunis sous le titre commun de fièvres anomales, nous croyons pourtant qu'il existe entre elles, non seulement de l'analogie, mais encore une complète identité. En effet, les fièvres anomales règnent dans les mêmes saisons, dans les mêmes lieux que les fièvres intermittentes régulières. Elles n'existent jamais simultanément chez le même individu, mais elles se succèdent quelquefois. Les unes et les autres ont la même marche; elles ont, en effet, des accès bien caractérisés, séparés par des intermittences égales et revenant à des intervalles réguliers. Lorsque les fièvres anomales se prolongent pendant un certain temps, elles donnent lieu aux mêmes accidents secondaires que les fièvres régulières. Elles récidivent aussi facilement que celles-ci. On peut voir une fièvre intermittente régulière devenir anomale, et réciproquement. C. Medicus rapporte plusieurs faits qui le prouvent. Enfin, le quinquina est également efficace contre les unes et contre les autres.

Toutes ces circonstances nous paraissent, comme à M. Chomel, plus que suffisantes pour justifier, sinon la réunion, du moins le rapprochement des fièvres intermittentes régulières et des affections décrites sous le nom de fièvres intermittentes anomales. C'est d'ailleurs ce qui avait été établi depuis longtemps par les praticiens les plus éminents, tels que Morton, Sydenham, Van-Swiéten, Senac, Rosen, Huxham, Dehaën, Lautter, et C. Medicus, qui a écrit sur ces affections un traité généralement estimé.

REMARQUES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES SYMPTOMATIQUES.

Nous avons jusqu'à présent considéré l'appareil fébrile, intermittent, comme étant *essentiel*, c'est-à-dire indépendant de toute lésion matérielle appréciable. Cependant on rencontre assez fréquemment dans la pratique des cas dans lesquels la fièvre intermittente est symptomatique, ou du moins des cas où elle coïncide avec quelque altération locale récente ou ancienne. Ainsi les auteurs ont vu plusieurs fois des accès fébriles réguliers survenir à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'urètre; le fait de ce genre observé par Giannini est le plus remarquable de tous ceux qu'on connaît (1). La cautérisation des rétrécissements de l'urètre (Lallemand), et la blennorrhagie (Simon de Hambourg), ont plusieurs fois donné lieu aux mêmes accidents. Il en serait, dit-on, de même de l'orchite blennorrhagique (Simon). M. Chomel a vu une fièvre à type tierce être symptomatique d'une entérite peu intense, et M. Piorry a cité un cas de fièvre quotidienne développée à la suite d'une lésion traumatique de la rate, et un autre de fièvre quotidienne produite et entretenue par un déplacement de ce viscère. Enfin, pour terminer, nous dirons que les suppurations profondes, les infiltrations urineuses et la phthisie à la deuxième et à la troisième période sont les causes les plus fréquentes des fièvres intermittentes symptomatiques. Celles-ci, le plus ordinairement, sont bénignes; mais on les a vues pourtant revêtir quelquefois un caractère pernicieux, surtout dans des cas de crevasse des conduits de l'urine, et lorsque ce liquide vient à s'infiltrer dans le tissu cellulaire. M. le docteur Bricheteau a démontré récemment, dans les *Archives* de 1847, que ces accès pernicieux n'étaient pas très rares chez les vieillards affaiblis, et qui portent souvent du côté des organes génitaux urinaires des lésions chroniques.

Ces fièvres symptomatiques présentent, en général, les stades de froid, de chaleur et de sueur qui appartiennent aux fièvres essentielles. Quant au type, elles sont presque toujours quotidiennes ou doubles-quotidiennes, très rarement tierces, et peut-être jamais quartes : un grand nombre sont rémittentes. Comme l'a fort bien fait observer M. le professeur Chomel, il faut toujours se méfier du type double-quotidien, et même quotidien, c'est-à-dire de tous les types dans lesquels l'intermission est courte, parce que, en effet, ce sont presque toujours les seuls que les fièvres symptomatiques revêtent. Ainsi donc, toutes les fois qu'un malade se plaindra d'éprouver des accès fébriles doubles-quotidiens et même quotidiens, on devra se hâter d'explorer méthodiquement tous les organes, toutes les fonctions, pour s'assurer du véritable caractère des accidents qu'on observe.

(1) Giannini parle d'un homme de cinquante ans, robuste, qui fut pris à quatre reprises différentes, et à plusieurs années d'intervalle, d'accès fébriles intermittents, à la suite de l'introduction d'un cathéter dans l'urètre qui avait blessé les parois de ce canal. Il y eut chaque fois de trois à dix paroxysmes; le quinquina en triomphait toujours. *De la nature des fièvres*, t. I, p. 207.

Presque toujours dans la fièvre quotidienne symptomatique les accès surviennent le soir, et cela dès le début, au lieu de commencer le matin ou au milieu du jour, ainsi qu'on le remarque communément pour la fièvre essentielle. Cependant il n'en est pas toujours de même. Ainsi dans les fièvres qui sont symptomatiques d'une altération des voies digestives, on voit parfois l'apparition des accès être subordonnée à l'heure des repas et à la quantité des aliments ingérés. On peut souvent alors suspendre les accès ou les provoquer à volonté, en mettant les malades à la diète ou en les faisant manger beaucoup. Tel est le fait, rapporté par M. Chomel, d'un homme dont la fièvre, symptomatique d'une phlegmasie intestinale, affectait le type tierce, parce que cet individu prenait des aliments un jour et faisait abstinence le lendemain. On sait également que dans la bronchite l'impression répétée du froid peut donner lieu à des accès fébriles réguliers. Les fièvres intermittentes symptomatiques diffèrent encore des fièvres essentielles, parce que, soit dans l'accès, soit pendant l'intermission, on ne peut constater aucune augmentation dans le volume de la rate. Une différence non moins importante à noter, c'est l'action lente, douteuse, le plus souvent nulle, du sulfate de quinine; tandis que dans la fièvre intermittente essentielle, le quinquina agit presque toujours promptement et sûrement. Je n'ignore pas pourtant que ce médicament, donné dans les fièvres symptomatiques, a arrêté quelquefois brusquement les accès, comme il l'aurait fait pour une fièvre essentielle ; c'est ce qu'on voit, par exemple, dans l'observation de Giannini. Cependant, dans les cas où le quinquina exerce une action si prompte et si décisive, il est permis de se demander si, au lieu d'être symptomatiques, les accès fébriles n'auraient pas été essentiels ; car il n'y a rien d'impossible, par exemple, qu'une sonde introduite dans l'urètre d'un sujet impressionnable produise une fièvre intermittente, non par l'irritation mécanique du canal, mais par une influence sur tout le système nerveux ; de même qu'on voit la même maladie survenir, chez des sujets prédisposés, à l'occasion d'une frayeur, d'une émotion morale, d'un refroidissement, d'une indigestion, etc., circonstances qui n'ont agi que comme causes simplement occasionnelles. Je crois surtout que la suppression des accès par la quinine, tandis que la maladie primitive suit son cours, doit démontrer que la fièvre intermittente n'est qu'un accident sans relation essentielle avec l'affection qu'elle est venue probablement compliquer.

Le pronostic de ces fièvres sera subordonné à la gravité des lésions dont les accès intermittents sont la conséquence. Leur apparition peut avoir dans quelques cas une valeur diagnostique presque certaine : ainsi lorsqu'après une opération grave on voit survenir sous les types quotidien et double-quotidien des accès fébriles intermittents ou rémittents, on peut annoncer presque avec certitude l'existence d'une résorption purulente.

Quelque incertaine que soit l'action du quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes qui sont réellement symptomatiques, il n'y a cependant aucun inconvénient à l'administrer dans les cas où les accès sont

survenus à l'occasion d'une blennorrhagie ou de l'introduction d'une sonde dans l'urètre, ou bien après la cautérisation de ce canal. On donnera aussi le sulfate de quinine, mais avec beaucoup moins de chances de réussite, lorsque la fièvre se lie à l'existence de tubercules ou d'une infiltration urineuse. Ce médicament est au contraire inutile, et même nuisible, toutes les fois que les accès sont symptomatiques d'une résorption purulente, ou d'une entérite. Dans ce dernier cas, on ne pourra empêcher les retours périodiques de la fièvre qu'en soumettant les malades à un régime sévère, et en employant quelquefois les antiphlogistiques.

Quatrième genre de fièvres.

DES FIÈVRES RÉMITTENTES.

On entend par *fièvres rémittentes* celles dont les symptômes persistent sans interruption comme dans les fièvres continues; mais elles diffèrent de ces dernières en ce qu'elles présentent, à des intervalles déterminés, des rémissions plus ou moins complètes, bientôt suivies d'un paroxysme qui a le plus souvent le type quotidien ou tierce. La fièvre rémittente n'est autre que la *fièvre congestive* de plusieurs auteurs.

Historique. — La fièvre rémittente est, de toutes les pyrexies, celle qui a été le plus anciennement décrite; c'est d'elle, en effet, que parle Hippocrate dans ses livres des épidémies, ainsi que M. Littré l'a parfaitement démontré (1). Cette opinion est aussi professée dans ses cours d'histoire de la médecine par un médecin, M. Bell, aussi bon praticien qu'érudit consciencieux. Les fièvres hippocratiques, dont il est, en effet, absolument impossible de reconnaître le caractère, lorsqu'on les compare à toutes celles que nous observons dans ce climat, se classent au contraire très bien lorsqu'on les rapproche des fièvres rémittentes et pseudo-continues des climats chauds. C'est ce dont on peut se convaincre lorsqu'à l'exemple de M. Littré, on établit un parallèle entre les observations et les descriptions laissées par Hippocrate et celles qui ont été récemment publiées par M. Maillot sur les fièvres d'Afrique, par Twining sur celles du Gange, par Stewardson sur celles du continent américain. Enfin le séjour de l'armée française en Morée a encore démontré, d'après le témoignage de deux médecins distingués, MM. Roux et Pallas (2), qu'après vingt-deux siècles, la Grèce était affligée des mêmes fièvres qu'au temps d'Hippocrate, et que ces fièvres, inconnues à Paris, mais identiques à celles des climats chauds, ne sont autres que les fièvres rémittentes et pseudo-continues.

Anatomie pathologique. — Nous ne possédions encore aucune notion précise sur les altérations que laisse après elle la fièvre rémittente, lorsque

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, édit. de Littré, t. II, p. 538. Argument.

(2) *Histoire médic. de l'armée française en Morée pendant la campagne de 1828*, par M. Roux. Paris, 1829. *Réflexions sur l'intermittence*, par Pallas. Paris, 1830.

le docteur Stewardson, l'un des médecins les plus distingués de Philadelphie, est venu combler cette lacune en publiant dans *The American Journal* (april 1841 et april 1842) un travail remarquable, fruit des observations recueillies par lui à l'hôpital de Pensylvanie. Chez les sujets emportés par la fièvre rémittente, on ne trouve aucune lésion spéciale ou constante dans les centres nerveux, ainsi que dans les organes de la respiration et de la circulation. Mais il n'en est plus de même des organes abdominaux, qui, comme le foie, la rate et l'estomac, sont constamment ou presque constamment le siége d'une altération plus ou moins profonde. Ainsi, chez tous les sujets, M. Stewardson a trouvé la rate ayant acquis un volume double, triple ou quadruple de l'état normal, et ramollie jusqu'à diffluence de son tissu. Le foie a présenté des altérations plus remarquables encore, puisqu'elles semblent en effet spéciales, et constituer, à proprement parler, le caractère anatomique de la maladie. Cet organe est généralement augmenté de volume, il l'est parfois à un degré considérable, et sa consistance est moindre qu'à l'état normal. Sa couleur est aussi constamment modifiée : ainsi sa coloration propre, rouge brun, est remplacée par une teinte bronzée, ou par un mélange bronze et olive; plus souvent elle est d'un gris de plomb, mêlée à une couleur verte-olive. Cette altération de couleur est généralement répandue uniformément dans tout l'organe, et envahit à la fois les deux substances. On trouve ordinairement la bile en quantité considérable. L'estomac est aussi presque toujours altéré dans la fièvre rémittente; il le serait, d'après Stewardson, cinq fois sur six, et cette altération consisterait dans l'injection, l'épaississement ou le ramollissement de la membrane muqueuse. Toutefois la description de l'habile médecin américain a laissé quelques doutes dans notre esprit; après l'avoir attentivement lue, nous ne saurions affirmer que plusieurs de ces altérations ne sont pas cadavériques; et à supposer qu'elles se soient développées pendant la vie, nous ne croyons pas, avec l'auteur, qu'elles indiquent une phlegmasie de la membrane muqueuse. Le tube intestinal ne présente dans la fièvre rémittente aucune lésion particulière; on a retrouvé seulement parfois la membrane muqueuse de l'intestin grêle ramollie par places, et les follicules de Brunner dans le duodénum un peu plus développés.

En résumé, dans la fièvre rémittente, deux ou trois organes, la rate, le foie, et *peut-être* l'estomac, seraient constamment altérés. Les résultats de M. Stewardson sont en cela parfaitement d'accord avec ceux de son compatriote, le docteur Gerhard, et jusqu'à un certain point avec celles de Twining, qui affirme qu'à Calcutta la fièvre rémittente produit constamment des congestions viscérales, et, si celles-ci persistent, de véritables inflammations. Les organes spécialement attaqués seraient, d'après ce dernier, l'estomac, les intestins, le foie, la rate, le cerveau et les poumons. Mais les recherches cadavériques faites par Twining manquent de précision et nous inspirent peu de confiance. Quoi qu'il en soit, on voit par ce qui précède que les lésions de la rate et de l'estomac n'offrent rien de spécial, car on les rencontre dans le cours de plusieurs autres maladies;

mais l'altération de couleur du foie serait plus spéciale à l'affection dont nous traitons : aussi M. Stewardson est-il porté à la considérer comme le seul caractère anatomique de la fièvre rémittente. Toutefois l'auteur américain, n'ayant pas encore à ce sujet une conviction complète, désire que ses premiers résultats soient confirmés par de nouvelles observations. En tout cas, il reconnaît que l'altération du foie, pas plus qu'aucune de celles que l'ouverture des cadavres démontre, ne peut expliquer ni les accidents qu'on observe pendant la vie, ni la terminaison si souvent fatale de la maladie. On est donc obligé d'invoquer encore ici une altération spéciale du sang, qui, à supposer qu'elle existe, est encore indéterminée. Cette altération, d'ailleurs, ne porterait pas sur la quantité des principes constitutifs du sang, car il résulte du travail de MM. Léonard et Folley présenté à l'Institut en 1845, que dans les fièvres rémittentes et pseudo-continues de l'Algérie, la fibrine, les globules et les portions solides du sérum restent dans leur proportion normale.

Symptômes. — La fièvre est parfois rémittente dès son début; dans d'autres cas, les malades commencent par présenter tous les symptômes d'une fièvre intermittente ordinaire; puis les accès, se prolongeant et se rapprochant de plus en plus, finissent par se confondre; le caractère rémittent se révèle alors. Enfin, il est des malades qui n'ont d'abord qu'un appareil fébrile, franchement continu, et ce n'est que par degrés que celui-ci prend ensuite la forme rémittente. Dans ces cas, comme dans ceux où la fièvre est primitivement rémittente, la maladie débute par un état de langueur, par de l'oppression à la région précordiale, par de la débilité ou seulement par des lassitudes, et par une douleur derrière le cou, qu'Hippocrate avait signalée, et que M. Twining a également notée dans les fièvres du Bengale.

Lorsque la fièvre rémittente est parfaitement établie, on constate un appareil fébrile intense, s'accompagnant, chez la plupart des malades, de tension et d'une douleur plus ou moins vive à l'épigastre, ou vers l'un ou l'autre hypochondre, spécialement à gauche; symptôme qui, noté d'abord par Hippocrate chez le tiers des malades, constaté par Twining dans une proportion égale, a existé presque toujours, ou dix-neuf fois sur vingt, chez les malades traités par le docteur Stewardson. Tous les auteurs, depuis Hippocrate, ont noté aussi la sécheresse de la langue dans la fièvre rémittente, symptôme qui se développe rapidement du deuxième au quatrième jour, c'est-à-dire beaucoup plus tôt que dans aucune des maladies aiguës que nous observons dans notre climat, sans en excepter la fièvre typhoïde. La soif est modérée et l'appétit nul; dans la plupart des cas, il survient dès le troisième jour, tantôt plus tôt, le plus souvent plus tard, des vomissements verdâtres; les selles sont ordinairement régulières; d'autres fois il y a constipation ou diarrhée. La partie du ventre située sous les hypochondres est souple et tout à fait indolore; la sécrétion urinaire ne présente rien de remarquable. Ces accidents, et surtout la fièvre, existent d'une manière continue et à un degré variable; mais ils s'exaspèrent régulièrement, et cette aggravation, semblable à un accès de fièvre intermittente ordinaire,

s'annonce par des frissons ou par un simple refroidissement du corps, surtout marqués aux extrémités, où la peau prend souvent une coloration bleuâtre ou livide. Ce dernier symptôme, qu'on retrouve dans un tiers des observations consignées dans les épidémies d'Hippocrate, a été également mentionné par Twining et Stewardson, et persiste souvent plusieurs heures pendant toute la durée du paroxysme. C'est pendant ces exacerbations qu'on voit souvent apparaître quelques uns des accidents pernicieux dont nous avons précédemment parlé, surtout des symptômes cérébraux, comme le délire, le coma, accidents notés dans les observations d'Hippocrate sous les noms de *phrenitis* et de léthargie; ou bien il y a des symptômes de pneumonie caractérisant la fièvre rémittente pneumonique. D'ailleurs, l'état de la constitution et de la santé antérieure peut apporter des modifications importantes dans la physionomie des paroxysmes. Ainsi, chez les individus débiles, usés par des travaux pénibles ou par des excès, le pouls est mou, les gencives ont une teinte bleuâtre, la face a la pâleur du cadavre, les extrémités restent froides et violacées pendant toute la durée du paroxysme, durant lequel aussi la poitrine et la tête sont couvertes de sueurs froides. Chez les individus robustes, la réaction est franche et portée à un haut degré, la chaleur est considérable, le pouls est vibrant, la face injectée, les douleurs aux hypochondres sont vives et les vomissements fréquents.

Ces exacerbations, qui ont lieu communément le matin ou le soir, frappent soudainement les malades; elles ont toujours une durée de plusieurs heures, et se terminent, comme les accès de fièvre intermittente simple, par de la sueur ou par une simple moiteur. Mais les rémissions ne sont pas toujours aussi marquées que je le dis ici; quelquefois, en effet, elles sont très obscures, et peuvent même passer inaperçues; les malades présentent alors un état typhoïde qui paraît continu.

Marche, *durée*, *terminaisons*. — Dans la fièvre rémittente il n'y a jamais d'apyrexie, mais seulement une diminution périodique dans les accidents, et surtout dans la fièvre. Il arrive quelquefois que celle-ci, après avoir persisté quelque temps à l'état rémittent, devient franchement intermittente; d'autres fois, au contraire, les exacerbations périodiques cessent, l'intermittence est pour ainsi dire absorbée, détruite, et il ne reste plus qu'un appareil fébrile continu qui se lie souvent alors à quelque inflammation viscérale. Quoi qu'il en soit, lorsque la fièvre a été d'abord intermittente, elle reprend souvent sa forme primitive avant de se terminer par la guérison.

On dit généralement que la fièvre rémittente peut se présenter sous les principaux types des fièvres intermittentes : cependant on l'observe rarement sous le type quarte, et le type tierce n'est même pas très commun. Dans la plupart des cas, les fièvres rémittentes ont des accès quotidiens ou doubles-quotidiens; mais on n'en observe jamais ayant plus de deux accès par jour.

La prédominance de quelques accidents, en donnant à la maladie une physionomie spéciale, permet d'en distinguer trois formes, qui sont :

1° la rémittente *commune* ou *vulgaire*, dans laquelle on n'observe que les symptômes ordinaires de la maladie, et dans leur degré accoutumé ; 2° la rémittente *bilieuse*, dans laquelle les symptômes gastriques prédominent, et qui se rapproche plus ou moins de la fièvre jaune ; 3° la rémittente *pernicieuse*, caractérisée par un des accidents graves qui se montrent dans les fièvres pernicieuses ordinaires.

La fièvre remittente offre encore ceci de remarquable dans sa marche, qu'elle peut avoir une durée très longue, comme trente ou quarante jours ; que d'autres fois, au contraire, elle se juge en trois ou quatre par la santé ou par la mort. Sa durée moyenne, d'après M. Stewardson, serait de quinze jours. Quand la terminaison est favorable, le rétablissement est assez prompt, et la convalescence est courte.

Si la maladie a une issue funeste, la mort arrive après un plus ou moins grand nombre de paroxysmes ; toutefois, comme Twining l'a vu, quelques malades débiles sont emportés dès le premier accès. Le même auteur a prouvé qu'il y avait dans chaque paroxysme deux moments dans lesquels le danger était le plus grand : c'était l'époque de la réaction, pendant laquelle quelque viscère important se congestionne ou s'enflamme ; et l'instant où l'excitation fébrile diminue, car alors beaucoup de malades tombent dans un état de collapsus ou de syncope dont ils ne peuvent souvent plus se relever.

Les fièvres rémittentes récidivent très souvent, mais un peu moins fréquemment pourtant que les fièvres intermittentes.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de déterminer si la fièvre est réellement rémittente. On pourrait, en effet, confondre avec elle les exacerbations parfois régulières qu'on observe dans le cours d'un grand nombre d'affections aiguës. Cependant ces exacerbations n'ont guère lieu que le soir et pendant la nuit, tandis que dans les fièvres rémittentes on peut les observer à toutes les heures du jour. Celles-ci sont presque toujours caractérisées par les trois stades des fièvres intermittentes, tandis que, dans les simples exacerbations des maladies aiguës, on ne voit ni le frisson ni les autres phénomènes qui marquent le début des premières ni les sueurs qui les jugent. Cependant il ne faudrait pas croire que dans toutes les fièvres rémittentes on rencontre les trois stades toujours bien dessinés ; dans quelques cas, en effet, l'un d'eux manque, ainsi qu'on l'a vu pour les fièvres intermittentes.

Pour établir le diagnostic, on aura encore égard à la marche de l'affection : ainsi lorsque la maladie a débuté par être intermittente, cette circonstance éclairera le médecin sur le véritable caractère de la rémittence qu'on observe, et sur la méthode thérapeutique qu'on devra employer. Enfin l'existence simultanée d'un grand nombre de fièvres intermittentes, le pays et la saison dans lesquels on observe, seront encore une circonstance qui devra être prise en considération dans les cas incertains. Pour le diagnostic avec la fièvre jaune, voir plus haut, p. 74.

En disant précédemment qu'à Paris il fallait suspecter la fièvre intermittente à accès rapprochés, c'était dire qu'il devait en être de même, à plus

forte raison, du type rémittent; on peut même avancer que la fièvre rémittente des pays chauds, qui règne accidentellement aussi dans quelques contrées marécageuses de France, pendant l'été et l'automne, est à peu près inconnue à Paris; en sorte que lorsque nous nous trouvons ici en face d'un mouvement fébrile rémittent, simple ou pernicieux, nous devrons bien moins supposer une infection miasmatique que l'existence d'une des causes nombreuses que nous signalions à la page 160, comme pouvant déterminer des accès fébriles intermittents; avouons même que la plupart de ces causes, et surtout que les suppurations et les infiltrations urineuses, produisent plus souvent un mouvement fébrile rémittent que franchement intermittent. Terminons en disant qu'il n'est plus possible aujourd'hui, à l'exemple du célèbre Dumas, de Montpellier, de rapprocher de la fièvre rémittente et de la fièvre subcontinue de Torti ces accidents fébriles, à redoublements souvent réguliers, qui surviennent du septième au dixième jour chez les individus qui ont subi quelque opération grave, et qui ne reconnaissent d'autre cause qu'une infection purulente du sang. Le quinquina, quoi qu'en ait dit Dumas, échoue ici constamment. (Voir l'article *Phlébite.*)

Pronostic. — Le pronostic varie suivant une foule de circonstances. Pour l'établir, on aura égard à l'intensité des exacerbations et aux symptômes qui prédominent pendant qu'elles ont lieu. Les accidents cérébraux entraînent surtout beaucoup de danger. Le refroidissement des extrémités survenant dès le début, et s'accompagnant surtout de la couleur bleue cyanique de la peau, est d'un très fâcheux augure. Les fièvres rémittentes sont des affections graves, qui emportent souvent plus de la moitié des individus qu'elles atteignent; elles sont une des causes principales de la mortalité dans les climats chauds. Il paraîtrait pourtant qu'à Philadelphie elles ne tueraient guère qu'un dixième des individus. Toutefois, il y a à ce sujet de grandes différences d'un lieu à un autre, et, dans les mêmes pays, d'une année et même d'une saison à une autre.

Étiologie. — Nous ne savons rien autre sur l'étiologie de la maladie, si ce n'est que celle-ci est propre aux climats chauds, et qu'elle sévit dans les lieux marécageux. On la retrouve surtout dans les Indes orientales, en Afrique, dans toutes les provinces soumises à notre domination, et surtout sur les côtes occidentales, où un Européen passe rarement une année sans en éprouver une attaque; c'est ce que démontrent du moins les statistiques publiées en Angleterre. La maladie règne encore dans une foule de localités de l'Amérique, spécialement dans les Antilles. On la rencontre dans les Carolines et à la Louisiane; en Europe, enfin, dans les États les plus méridionaux, surtout en Grèce, et même dans quelques uns de nos départements où existent beaucoup de marécages; mais on ne l'observe point ou à peine à Paris. Dans les pays où règne la maladie dont je parle, on la voit sévir surtout du mois d'août au mois d'octobre. Rare avant seize ans, elle atteint surtout les adultes, et se développe souvent sans cause appréciable; mais fréquemment elle se déclare aussi à la suite d'une insolation

prolongée, surtout lorsque les individus ont été soumis ensuite à l'influence de l'humidité. On ne sait rien de précis sur l'action des autres causes.

Traitement. — Le sulfate de quinine est le seul remède spécifique des fièvres rémittentes. On le donnera, dans les cas ordinaires, à la dose de 75 centigrammes; et dans les cas graves, pernicieux, à la dose de 1 à 2 grammes, et plus. On choisit pour administrer le remède le moment de la rémission, c'est-à-dire l'instant où le pouls mollit et tombe, et où la peau a de la tendance à s'humecter. Toutefois, s'il existe des accidents pernicieux, comme le péril peut être prochain, il faut donner le sel de quinine dès qu'on est appelé, fût-ce même pendant l'exacerbation. Le sulfate de quinine a pour effet ordinaire de prévenir, ou tout au moins de rendre moins intense le paroxysme suivant. Disons pourtant que les préparations de quinquina n'ont pas, contre la fièvre rémittente, l'efficacité qu'elles ont contre les fièvres intermittentes. Il est, en effet, des épidémies et des saisons dans lesquelles la quinine agit faiblement, lentement, ou même échoue tout à fait : c'est ce qui la fait très à tortconsidérer par quelques médecins comme étant absolument inutile.

Le traitement de la fièvre rémittente comprend encore quelques autres moyens qui ne sont ordinairement qu'accessoires, et qu'on a également vantés comme curatifs. En première ligne se placent les émissions sanguines générales et locales. Les premières sont pourtant presque toujours funestes; car à quelque époque qu'on les pratique, elles sont ordinairement suivies d'un état de collapsus, au milieu duquel les malades succombent. Les saignées locales ont quelquefois le même inconvénient; mais elles l'ont à un degré bien moindre, si d'ailleurs le sujet est fort; si la douleur et la tension des hypochondres et de l'épigastre sont considérables, il peut être vraiment avantageux d'appliquer sur ces parties quelques ventouses scarifiées ; de même qu'on essaiera de combattre les accidents cérébraux par des sangsues derrière les oreilles ou par des ventouses à la nuque. La perte de sang, comme le dit Twining, n'est manifestement utile qu'au commencement du premier ou du deuxième paroxysme ; faite plus tard, c'est un remède d'un effet très douteux; il faut en être très avare, et ne l'employer d'ailleurs que lorsqu'elle est impérieusement commandée par quelque congestion ou inflammation grave ; mais même alors on devra agir avec circonspection, et surveiller avec une grande attention l'écoulement sanguin. Les médecins français qui ont exercé en Morée, MM. Roux et Pallas surtout, ont insisté sur le danger que pouvaient faire courir les émissions sanguines même locales; ils recommandent de ne les employer qu'avec la plus grande circonspection. Les révulsifs externes, unis au sulfate de quinine, ont, au contraire, au rapport de M. Pallas, produit les résultats les plus décisifs et souvent inespérés. M. Stewardson a, de son côté, reconnu les avantages de la médication révulsive. Ainsi, lorsque la stupeur est grande, il conseille l'application d'un vésicatoire à la nuque; le même médecin a également reconnu l'utilité d'appliquer cet exutoire sur les hypochondres et à l'épigastre, toutes les fois que les douleurs de ces régions sont vives et lorsqu'il existe de l'oppression et une grande irritabilité

de l'estomac. A l'intérieur, les malades useront modérément de boissons acidules, gazeuses, fraîches, ou même glacées. On entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou par de doux cathartiques; mais il faut s'abstenir des purgatifs violents, tels que ceux qu'emploient trop souvent les médecins anglais. Le calomel lui-même, cette sorte de panacée, ne paraît jouir d'aucune efficacité.

Nature. — D'après tout ce qui précède, il est inutile d'insister pour prouver l'identité complète des fièvres rémittentes et intermittentes, les unes et les autres reconnaissent en effet les mêmes causes, elles ont des symptômes communs, elles ont la même marche et sont combattues le plus souvent avec succès par le quinquina. Il semble que ces deux genres d'affections ne diffèrent entre elles que par *le degré*. Comme Baumes l'a dit avec raison, dans son *Traité des fièvres*, il faut quelque chose de plus pour créer une fièvre plutôt rémittente qu'intermittente. Cet auteur faisait, en effet, dépendre la première de l'activité plus grande des causes morbides. D'autres, avec MM. Nepple et Maillot, ont expliqué la rémittence de la fièvre par l'existence de quelque irritation ou inflammation viscérale, qui persisterait après les accès. Cependant les recherches d'anatomie pathologique ne justifient pas tout à fait cette opinion; car nous avons vu précédemment que du côté de l'estomac les lésions n'étaient pas assez graves pour expliquer l'appareil de symptômes qu'on observe, et d'ailleurs il n'est pas prouvé que ces lésions ne soient pas le plus souvent cadavériques. Enfin, les recherches de MM. Léonard et Folley sur la composition du sang, excluent toute idée de travail phlegmasique. Fera-t-on de la fièvre rémittente une maladie symptomatique de la lésion de la rate ou du foie? Mais à cette manière de voir on peut opposer toutes les raisons qu'on objecte à ceux qui veulent localiser les fièvres intermittentes dans la rate, c'est-à-dire que la lésion de ce viscère peut exister, même à un haut degré, sans exciter la fièvre: qu'elle manque souvent dans les premiers temps; qu'elle s'accroît quelquefois quand la fièvre diminue, et même lorsqu'elle a complétement disparu. On doit donc regarder l'augmentation de volume et le ramollissement de la rate comme une conséquence, une suite, et non pas comme une cause de la fièvre. Personne, je pense, n'oserait soutenir que la cause des désordres fonctionnels et de la fièvre réside dans l'altération du foie; celle-ci, en effet, n'a certainement pas plus que la lésion de la rate une origine inflammatoire; cette impossibilité où l'on est de pouvoir rattacher la fièvre à la lésion d'un solide, a porté les auteurs à supposer une cause plus générale, et à regarder la maladie comme liée à une infection ou à une altération particulière du sang, altération qui réagirait à la fois sur tout l'organisme.

DE LA FIÈVRE PSEUDO-CONTINUE.

Les médecins qui ont exercé dans les pays marécageux ont remarqué depuis longtemps qu'il existe dans ces localités des fièvres continues simples ou s'accompagnant de quelques accidents pernicieux qui reconnaissent la même origine que les fièvres intermittentes et rémittentes, et cédant,

comme ces dernières, à l'administration des préparations de quinquina. Ce sont ces affections fébriles qui constituent les *fièvres pseudo-continues*, ainsi dénommées parce qu'elles simulent tout à fait par leur marche les maladies franchement continues. La fièvre *subcontinue* de Torti nous paraît se rapporter plutôt aux fièvres rémittentes que l'espèce dont nous traitons actuellement.

A M. le docteur Maillot revient tout le mérite d'avoir rappelé l'attention des médecins, surtout celle des médecins militaires, sur ce point de la science presque oublié.

La fièvre pseudo-continue est la forme la plus rare des maladies par infection paludéenne. Rien, en effet, de moins commun que de voir naître, sous l'influence des émanations marécageuses, un mouvement fébrile présentant une continuité parfaite, c'est-à-dire sans intermittence ou sans rémittence appréciables. Mais je n'entends parler ici que de notre climat; car il n'en est pas absolument de même sous d'autres latitudes. M. Maillot a vu, en effet, qu'en Algérie, et surtout à Bone, il n'existe au mois de juin que des fièvres intermittentes et des fièvres pseudo-continues; la rémittence et la subintrance ont complétement cessé : cependant ces affections se rattachent au même principe, car le sulfate de quinine a une égale efficacité contre elles.

Symptômes. — La fièvre peut être continue dès le début ou bien ne le devenir que peu à peu. Elle commence alors par des accès intermittents quotidiens, qui se rapprochent et s'enjambent; enfin, toute apparence de paroxysme cessant, la maladie ressemble tout à fait à une pyrexie continue. Il est infiniment rare pourtant, malgré l'apparence de la continuité la plus complète, qu'on n'observe pas, au début, du moins, les redoublements périodiques plus ou moins marqués que la fièvre avait en commençant. C'est ce qui m'a fait dire précédemment que la fièvre pseudo-continue franche était excessivement rare; car du moment que des paroxysmes réguliers existent, la fièvre doit appartenir à la classe des rémittentes. Dans la fièvre pseudo-continue, il n'existe souvent qu'un mouvement fébrile simple; d'autres fois, comme je l'ai déjà dit, il survient en outre quelques uns des accidents graves des fièvres pernicieuses, surtout des symptômes cérébraux.

Marche. — La fièvre pseudo-continue, pour peu qu'elle se prolonge, a une grande tendance à se compliquer d'accidents typhoïdes. La langue alors se sèche et brunit; les dents s'encroûtent de fuliginosités; la prostration est extrême; les idées s'embarrassent; il survient du délire, du coma et des soubresauts de tendons : presque toujours alors la maladie a une issue funeste. D'autres fois, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, la continuité de la fièvre est brisée par des paroxysmes réguliers ou par une véritable intermittence.

Diagnostic. — Si la fièvre est continue d'emblée; si, dès le début aussi, quelque symptôme grave, pernicieux, fait explosion, on est très exposé à méconnaître la véritable nature de l'affection, qui se termine alors promptement par la mort. Dans ces cas, le pays dans lequel on observe et la

nature des maladies régnantes sont les seules circonstances qui peuvent quelquefois éveiller l'attention du praticien, car on ne peut saisir dans la marche des symptômes aucune particularité capable d'en révéler l'origine. Cependant il est rare qu'on se trouve dans un embarras aussi grand; car dans presque tous les cas, si on ne découvre plus de paroxysmes réguliers, on apprendra par l'interrogatoire et le témoignage des parents que la maladie a présenté à son début tantôt des accès franchement intermittents, le plus souvent des paroxysmes rémittents, qui ont fini par ne plus se reproduire.

Pronostic. — Le pronostic de la fièvre pseudo-continue est à peu près celui de la fièvre rémittente.

Traitement. — N'ayant pas été à même d'observer la fièvre pseudo-continue, et les travaux que j'ai consultés, notamment l'ouvrage de M. Maillot, ne m'ayant point complétement satisfait, j'ose à peine dire ici quelle doit être la règle de conduite à suivre dans le traitement de la maladie. Voici pourtant ce qui me semble le plus rationnel. Si la fièvre est simple, si elle ne se complique d'aucun accident pernicieux, si la réaction est vive, il est indiqué d'ouvrir la veine; et s'il existe en outre des signes de congestion ou de phlogose vers un viscère, on aura recours à l'application de ventouses ou de sangsues. Cette médication suffit souvent pour interrompe la continuité de la fièvre, qui, devenant rémittente ou même intermittente, est alors facilement attaquable par le sulfate de quinine qu'on administre comme il a été dit précédemment. S'il existe des symptômes pernicieux, je crois qu'en vue du péril qui menace les malades il ne serait pas prudent d'ajourner l'administration du sel de quinine après l'emploi des émissions sanguines; et à supposer toutefois que celles-ci soient indiquées par la nature des symptômes et permises par l'état des forces, nous voudrions qu'on leur associât en même temps les préparations de quinquina. Ce médicament et les excitants diffusibles, aidés de révulsifs cutanés, sont les seuls moyens auxquels il faille avoir recours quand la fièvre se complique d'accidents typhoïdes.

Nature. — La fièvre pseudo-continue a la même nature, la même origine que la fièvre intermittente, dont elle ne diffère que par la continuité accidentelle du mouvement fébrile. On a cherché à expliquer cette continuité comme on avait expliqué celle de la rémittente, c'est-à-dire par le développement et la persistance des lésions viscérales de nature inflammatoire existant surtout dans les organes digestifs et leurs annexes. Mais les ouvertures de cadavres n'ont pas encore résolu cette question, et les analyses du sang faites par MM. Léonard et Folley excluent toute idée d'un travail phlegmasique. Quoi qu'il en soit, la science attend de nouveaux faits pour éclaircir tout ce qui a rapport à la fièvre pseudo-continue, dont l'histoire reste encore tout entière à tracer.

Cinquième genre de fièvres.

DE LA FIÈVRE HECTIQUE.

Synonymie. — *Febricula;* fièvre lente.

Sous le nom de fièvre *hectique* on entend une fièvre continue ou rémittente d'une durée longue et incertaine, et offrant comme symptômes des plus remarquables un amaigrissement progressif qui va souvent jusqu'au marasme.

Les auteurs ont divisé cette fièvre en trois périodes. Dans la première (*febris inchoata*), il n'y a de remarquable qu'une diminution dans l'appétit, les forces et l'embonpoint; le malade est pâle; il y a des alternatives de froid et de chaleur. Dans la deuxième période (*febris adulta*), l'amaigrissement fait des progrès, la faiblesse augmente, la digestion est pénible, la fièvre est continue, elle offre des redoublements chaque soir. Ces symptômes s'aggravent de plus en plus, les yeux se cavent, les tempes s'enfoncent, les côtes font saillie, le ventre est déprimé, toutes les parties molles s'atrophient, la peau se sèche et se couvre de crasse, le dévoiement vient encore augmenter la faiblesse, les extrémités s'infiltrent, et le malade expire dans le dernier degré de marasme. Cette fièvre a une durée incertaine; il est rare qu'elle soit moindre de deux ou trois mois. La mort en est le résultat le plus constant.

D'après ce que j'ai dit précédemment, que la fièvre hectique était presque toujours symptomatique, il faudra, toutes les fois qu'elle existe, rechercher avec soin la cause qui l'a produite et qui l'entretient. Dans quelques cas pourtant il est difficile de rattacher la maladie à une lésion déterminée, en raison du petit nombre de symptômes locaux qu'on observe. Cependant, si on se rappelle que les tubercules pulmonaires sont la cause la plus ordinaire de la fièvre hectique, si on sait que cette lésion organique produit à elle seule plus de fièvres hectiques que toutes les autres causes réunies, on sera naturellement conduit à en soupçonner l'existence toutes les fois que la fièvre ne trouvera point son explication dans quelque lésion locale manifeste ou dans un chagrin violent, dans des excès, ou dans des évacuations excessives.

Le pronostic de la fièvre hectique est toujours grave, mais il est subordonné à la nature des lésions dont la fièvre est un des symptômes.

Causes. — Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours on a parlé de la fièvre hectique. Les anciens la considéraient comme étant le plus souvent essentielle; mais les travaux modernes ont prouvé que presque toujours elle était symptomatique de quelque lésion viscérale : c'est ce que Cullen avait d'ailleurs lui-même parfaitement établi. Les maladies qui entretiennent le plus ordinairement la fièvre hectique sont : les tubercules pulmonaires et mésentériques, les vastes suppurations, la carie des os, l'inflammation chronique des membranes muqueuses intestinale, aérienne et génito-urinaire. D'autres fois, la fièvre survient à la suite de l'épuisement que produit la sécrétion

exagérée d'un fluide naturel, tel que l'urine, la sueur, le lait, la salive. On l'a vue également succéder à des hémorrhagies abondantes. Les émotions de l'âme, les chagrins, la nostalgie, les fatigues excessives, les douleurs violentes, comme dans certaines névralgies rebelles, la privation d'aliments ou une nourriture insuffisante, peuvent encore être cause de fièvre hectique.

Enfin l'état de grossesse peut, chez quelques femmes, exciter par elle seule un appareil fébrile presque continu avec des exacerbations nocturnes et simulant tout à fait une fièvre symptomatique d'une tuberculisation pulmonaire. Burns, et M. Jacquemier, dans son *Traité d'obstétrique*, citent un fait de ce genre, moi-même j'en ai rencontré un il y a un an. La femme, amaigrie, minée par la fièvre et par des sueurs nocturnes, a vu les accidents cesser aussitôt après l'expulsion d'un fœtus de 7 mois, et elle a recouvré depuis toutes les apparences de la santé la plus florissante. Les faits dont nous parlons sont rares, il est surtout peu commun de voir la fièvre débuter avec la grossesse et persister pendant tout son cours. Le plus souvent les accidents cessent vers le quatrième ou le cinquième mois.

D'après cette énumération des causes de la maladie, il est évident qu'il faut encore admettre des fièvres hectiques *essentielles*, c'est-à-dire des fièvres qui ne peuvent s'expliquer par aucune lésion matérielle saisissable des solides ou des liquides. C'est là un fait rare et purement exceptionnel, mais qu'on ne saurait nier, puisque M. Chomel a vu deux fièvres hectiques occasionner la mort, sans que l'autopsie ait fait constater aucune lésion capable de rendre compte des symptômes observés pendant la vie.

Traitement. — Le traitement est variable. On ne peut rien opposer à la fièvre elle-même ; mais tous les moyens dont l'art dispose seront dirigés contre les affections dont la fièvre hectique est presque toujours le symptôme. Pour les cas rares où la fièvre est essentielle, il suffit le plus souvent d'enlever la cause qui l'a produite pour la voir cesser plus ou moins rapidement.

DEUXIÈME CLASSE DE MALADIES.

DES MALADIES QUI SONT CONSTITUÉES PAR UN VICE DE PROPORTION DU SANG.

Il y a une classe de maladies constituées, soit par une altération de quantité dans la masse du sang, soit par un défaut de proportion dans les globules, qui sont tantôt en excès, et tantôt au-dessous du chiffre physiologique. Dans cette classe existent des maladies générales et des maladies locales, suivant que les vices de proportion dont nous parlons portent sur

la masse entière, ou seulement sur la portion de ce liquide qui afflue vers tel ou tel organe. Dans les maladies générales nous trouvons la pléthore et l'anémie, de laquelle nous rapprocherons la chlorose. Dans les maladies locales sont toutes les congestions sanguines et les anémies locales. Ces dernières affections sont uniquement constituées parce que le sang se porte en trop grande ou en trop petite quantité dans les capillaires d'un organe ou d'une portion d'organe, sans qu'il soit pourtant survenu nécessairement quelque changement appréciable dans les parties constituantes du liquide; tandis que dans la pléthore et l'anémie il existe à la fois altération de quantité dans la masse du sang et changement de proportion dans une des parties constituantes de ce fluide.

Les maladies de cette classe peuvent être divisées en deux genres; dans le premier nous placerons les maladies dans lesquelles le sang est en excès; dans le second sont les affections dans lesquelles ce liquide est en défaut.

Premier genre.

MALADIES PAR EXCÈS DE SANG.

DE LA PLÉTHORE OU POLYÉMIE.

Dans le langage des anciens médecins, le mot *pléthore* (de πληθώρα, *réplétion*) servait à désigner la surabondance réelle ou présumée de certains liquides, comme le sang, la lymphe, la bile, le sperme, le lait, etc.; mais aujourd'hui ce mot est réservé exclusivement pour exprimer suivant les uns que la quantité de sang contenue dans le système circulatoire est beaucoup plus considérable que ne le comportent les besoins de l'économie, suivant d'autres qu'il y a seulement surabondance des globules.

D'après cette définition, la pléthore constituerait toujours un état morbide assez bien défini : cependant on admet généralement, avec M. le professeur Chomel, qu'il existe une pléthore permanente et constitutionnelle qui est pour certains individus un état physiologique; car elle est compatible avec l'exercice régulier de toutes les fonctions. Dans le cas contraire, la pléthore est dite *morbide*.

Anatomie pathologique. — Toute l'anatomie pathologique de la maladie se borne à l'étude des altérations du sang. L'opinion la plus générale, la plus anciennement admise, est que dans la pléthore il y a augmentation dans la masse du sang. Cela est infiniment probable; mais il est impossible d'arriver à la démonstration rigoureuse du fait. Si maintenant nous étudions quelles sont les qualités physiques du sang des pléthoriques, nous trouvons que ce liquide extrait de la veine fournit un caillot volumineux, d'une fermeté médiocre, ne présentant jamais de couenne, mais parfois seulement une pellicule transparente ou des irisations éparses. MM. Andral et Gavarret ont prouvé, contrairement à une opinion généralement reçue,

que dans la pléthore la fibrine restait dans les limites de son état physiologique, puisque sur 31 saignées ils ont trouvé pour moyenne de ce principe 2,7 (le maximum normal est 3 1/2). Ils ont en outre établi que le sang dont nous parlons était remarquable par la quantité moindre d'eau qu'il contenait, et surtout par l'augmentation du nombre des globules, qui de 127, moyenne normale, peuvent s'élever jusqu'à 154, et ont pour moyenne dans la pléthore le chiffre 141. Dans ces derniers temps, MM. les docteurs Becquerel et Rodier ont contesté l'exactitude de ces résultats (*Gaz. méd.*, 1844); ils ont soutenu, en effet, que dans la pléthore le nombre des globules n'était pas augmenté, et ils ont considéré les chiffres que MM. Andral et Gavarret ont donnés, touchant la proportion des globules du sang, comme l'expression de l'état normal (1). On voit que la question mérite d'être étudiée de nouveau et sur une plus grande échelle qu'on n'a fait jusqu'à présent : cependant, en attendant, nous admettrons encore comme vrais les chiffres donnés par les deux professeurs.

Symptômes. — Les signes de pléthore peuvent se développer peu à peu ou brusquement, à l'occasion de quelques unes des causes occasionnelles que nous mentionnerons plus tard. Dans la pléthore, on observe une sorte de rougeur et de tuméfaction de toute l'enveloppe cutanée, due à la réplétion du système capillaire. Cet état est surtout appréciable à la face, aux mains, dont les mouvements de flexion sont difficiles, et aux pieds, qui sont comme engourdis et comprimés par les chaussures. Le pouls est large et dur; les battements du cœur sont énergiques; parfois, comme notre ami Jacquemier l'a constaté dans la pléthore des femmes enceintes, on entend un bruit de souffle; mais ce phénomène est rare hors l'état de grossesse : M. Andral conteste même qu'il ait jamais lieu. Toutes les veines sont distendues, et la circulation se fait très lentement dans ces vaisseaux. Souvent aussi on peut se convaincre par la percussion, ainsi que M. Piorry l'a noté le premier, que les principaux réservoirs du sang, et surtout que le cœur et le foie, occupent un plus grand espace; les poumons eux-mêmes sont parfois un peu engoués à leur partie postérieure, comme le prouve la diminution de la sonorité et de l'expansion vésiculaire.

L'individu pléthorique éprouve des lassitudes et un état général d'engourdissement; il est paresseux; son travail est pénible; il s'assoupit dès qu'il est en repos, et son sommeil est lourd, agité par des rêves; le réveil est difficile. La tête est pesante; il y a des vertiges, des bourdonnements d'oreilles; la face devient momentanément plus rouge; les malades se plaignent d'y éprouver un sentiment de chaleur incommode : c'est ce qu'on nomme des *bouffées de chaleur*. En même temps l'appétit est di-

(1) MM. Becquerel et Rodier reprochent à MM. Andral et Gavarret de n'avoir pas donné une moyenne pour chacun des sexes. Procédant autrement, ils ont avancé que la proportion des globules était moindre chez la femme. D'après ces auteurs, le chiffre moyen serait chez elle de 127, le maximum de 137, le minimum de 113, tandis que pour l'homme ils auraient trouvé 141 pour moyenne, 151 pour maximum et 131 pour minimum.

minué ou perdu; les selles sont rares; les urines sont rouges; les sueurs plus abondantes; il y a quelquefois un peu d'oppression.

Marche, durée, terminaisons. — Ces symptômes peuvent persister un ou plusieurs jours, une ou plusieurs semaines, ou plusieurs mois, en présentant des alternatives; puis ils diminuent et cessent spontanément. D'autres fois, c'est une hémorrhagie, une sueur abondante, un flux urinaire ou intestinal, une fièvre éphémère, qui jugent la maladie. M. Chomel observe avec juste raison que dans cette affection les rechutes sont rares, tandis que les récidives sont très fréquentes. La maladie se reproduit alors avec les mêmes symptômes, et elle se termine toujours de la même manière.

La pléthore est une cause prédisposante ou efficiente de plusieurs maladies : c'est ainsi que des congestions sanguines et des hémorrhagies ne reconnaissent pas d'autre cause qu'un état pléthorique. On a dit aussi que la pléthore prédisposait aux inflammations; mais cette opinion n'a été émise que par analogie, et par suite des idées qu'on s'était faites sur la composition du sang, qu'on croyait très riche en fibrine. M. Andral, d'ailleurs, s'est assuré par l'observation clinique que cette opinion n'avait aucun fondement.

Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic de la pléthore n'offre jamais de difficulté. Son pronostic n'est jamais fâcheux, excepté pourtant lorsque la pléthore, récidivant fréquemment, s'accompagne d'un état de congestion permanente du côté de quelque viscère important.

Étiologie. — La pléthore, rare dans l'enfance et l'adolescence, est plus commune dans la période moyenne de la vie; les femmes y sont plus sujettes que les hommes, ce qui s'explique par leur vie sédentaire, par les troubles de la menstruation, et enfin parce qu'en raison de l'hémorrhagie mensuelle qu'elles ont, la sanguification est beaucoup plus active chez elles. Le cas de grossesse est une cause très fréquente de pléthore pour la femme; ce qui dépend peut-être de la suppression des règles, du défaut plus complet d'exercice joint à une alimentation plus abondante. La pléthore atteint rarement les hommes robustes qui se livrent à des travaux rudes. Elle affecte au contraire fréquemment les sujets sanguins, replets, obèses, au visage coloré, qui fatiguent peu, qui usent peu leur intelligence, qui dorment beaucoup et ont une nourriture abondante. Le printemps est la saison qui semble favoriser le plus la pléthore. Cet état se développe parfois à l'occasion de quelque cause qui excite la circulation : tels que l'exposition à une température élevée, l'immersion dans un bain trop chaud, un excès de table, une émotion morale, la suppression d'une hémorrhagie, ou l'omission d'une saignée habituelle.

Traitement. — La saignée générale est le moyen par excellence pour combattre la pléthore; on y joindra l'emploi de quelques laxatifs, des boissons délayantes, diurétiques, et un régime doux.

Si la pléthore récidive fréquemment, il faut astreindre les individus à un régime sévère : ainsi leur alimentation sera surtout composée de végétaux herbacés et de viandes blanches; ils s'abstiendront de prendre des

liqueurs spiritueuses et des vins généreux ; ils entretiendront la liberté du ventre par des lavements; ils feront tous les jours de l'exercice à pied, ils exciteront la transpiration ; enfin ils auront recours à la saignée le moins qu'on pourra ; car les saignées répétées, comme les hémorrhagies constitutionnelles, ont l'inconvénient d'activer la sanguification, et par conséquent d'être une cause éloignée de pléthore.

DE LA CONGESTION SANGUINE EN GÉNÉRAL.

On doit donner le nom de *congestion* (de *congere*, amasser), d'*hypérémie* ou de *pléthore locale* à l'accumulation du sang en plus grande quantité qu'à l'état normal, dans une partie quelconque du corps.

On a distingué deux variétés ou espèces de congestion : 1° une congestion *active* ou *sthénique*, dans laquelle on a supposé une augmentation dans la vitalité des parties : ce serait celle qu'on devrait désigner sous le nom de *fluxion ;* 2° une congestion *asthénique* ou *passive*, c'est-à-dire par relâchement ou atonie des vaisseaux, soit que cette congestion arrive spontanément, soit qu'elle résulte d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse. On pourrait rapprocher de cette dernière espèce les congestions dites *cadavériques*, c'est-à-dire celles qui se forment après la mort ou dans les derniers instants de la vie.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'un organe est congestionné, la quantité de sang qu'il doit contenir normalement est augmentée. Par suite de cette accumulation, son volume est devenu plus considérable, et l'on remarque aussi un changement dans la coloration du tissu, qui est rosé, rouge ou noirâtre. L'augmentation de volume est non seulement produite par la plus grande quantité de sang contenu dans les vaisseaux, mais encore par une infiltration de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire ; car les congestions, pour peu qu'elles se prolongent, se compliquent souvent d'œdème, lequel est produit probablement par la stase du sang et par la difficulté avec laquelle ce liquide circule dans la partie hypérémiée. La congestion peut occuper tout l'organe, ou bien n'être que partielle. Si la partie congestionnée est formée de deux tissus ou de deux substances d'une vascularité inégale, comme le sont le cerveau ou les reins, on trouvera presque toujours que la congestion est plus considérable là où normalement il existe un plus grand nombre de vaisseaux. Toutes choses égales d'ailleurs, la congestion est presque toujours plus marquée dans les parties déclives ; ce qu'il ne faut pas toujours attribuer à un effet cadavérique, ainsi qu'on pourra s'en convaincre plus tard, surtout par rapport aux poumons. Un tissu simplement congestionné n'a subi aucune modification de consistance ; si parfois on trouve celle-ci diminuée, cela tient à la grande quantité de liquides dont il est imprégné ; aussi en en exprimant le sang et la sérosité qu'il renferme, on lui rend presque toujours sa densité normale ; il suffit également de le laver ou de le faire macérer quelques heures dans l'eau pour le décolorer : on obtiendrait le même résultat en injectant ce liquide dans les vaisseaux. Tout cela prouve que dans la con-

gestion, le sang ne fait que stagner dans les capillaires, sans être combiné avec les tissus. Il est inutile de dire que, dans un organe qui est congestionné, les vaisseaux doivent paraître plus considérables. Leur distension peut même devenir telle, que parfois ils se déchirent, et alors se forment des hémorrhagies circonscrites ou diffuses, suivant l'abondance du sang, le volume des vaisseaux et la texture des tissus. La dilatation des vaisseaux dans les parties congestionnées paraît d'ailleurs être presque toujours consécutive, car l'examen microscopique fait au début de la congestion prouve, dit-on, que les capillaires sont resserrés, d'où résulte une diminution dans le calibre des capillaires et une accélération proportionnée dans le courant circulatoire. Car il est prouvé, en physique, que, un liquide marchant dans un tube avec une certaine vitesse, si on rétrécit ce tube sans diminuer la force d'impulsion, le liquide doit nécessairement couler beaucoup plus vite. Cet état de contraction des capillaires est très passager; souvent il cesse si rapidement, qu'il paraît manquer. M. Dubois, d'Amiens, a également conclu de ses recherches microscopiques que, dans la congestion, le sang se borne à distendre les capillaires de premier ordre, c'est-à-dire ceux qui sont continus et intermédiaires aux artères et aux veines, tandis que lorsque les capillaires plus ténus et naturellement blancs s'engorgent à leur tour, l'hypérémie tourne à l'hémorrhagie ou à l'inflammation. Il est inutile de prémunir le lecteur qu'il doit accepter avec réserve cette opinion, ainsi que toutes celles qui ne s'appuient que sur des résultats microscopiques. L'hypérémie n'est caractérisée par aucun état spécial du sang.

Les caractères anatomiques des congestions précédemment décrits se dissipent quelquefois très rapidement dans les derniers instants de la vie; c'est ce qui explique pourquoi on ne trouve plus à l'ouverture de certains cadavres les traces des congestions diagnostiquées pendant la vie, et qui ont produit néanmoins de graves accidents.

Symptomatologie. — Une congestion peut se former brusquement ou peu à peu; elle peut être précédée ou accompagnée de symptômes généraux et sympathiques extrêmement variables; mais elle est surtout caractérisée par des troubles locaux qui varient suivant une foule de circonstances et surtout suivant l'organe qui est le siége de la congestion. Ainsi, lorsque la partie hypérémiée est extérieure, on la voit rougir et augmenter de volume; sa température semble s'élever, et les artères qui la traversent battent avec plus de force que de coutume. Souvent aussi les malades y éprouvent un sentiment de chaleur, une douleur obtuse ou une sensation d'engourdissement. Les fonctions de l'organe sont également plus ou moins perverties, et cela varie depuis un trouble à peine marqué jusqu'à la suspension complète de la fonction, comme on l'observe, par exemple, dans certaines congestions cérébrales qui, ainsi que nous le dirons sous peu, peuvent tuer rapidement et presque instantanément.

Marche, durée, terminaisons. — Les symptômes propres aux congestions peuvent arriver brusquement à leur summum d'intensité; d'autres fois ils offrent pendant quelque temps une marche ascendante. Cependant

leur durée est généralement courte ; il est rare qu'elle dépasse, en effet, trois ou quatre jours. Elle peut néanmoins se prolonger parfois plusieurs mois comme ne durer que quelques moments ; mais ce sont là des cas exceptionnels. D'ailleurs on ne peut établir aucun rapport entre la violence de la congestion et sa durée. Une congestion peut, en effet, cesser dans un point et se reproduire dans un autre, c'est ainsi qu'on peut voir en quelques heures ou en quelques jours les organes les plus éloignés, internes ou externes, être pris d'un mouvement fluxionnaire. M. Trousseau, qui a observé plusieurs faits de ce genre, dit que cette variabilité dans le siége des congestions ne se remarque guère que chez les chlorotiques.

Dans la plupart des cas, la congestion se termine par délitescence ou par résolution. Celle-ci est parfois accompagnée de quelque mouvement critique du côté de la peau ou du tube digestif; d'autres fois l'hypérémie se juge par une hémorrhagie qui se fait dans l'organe congestionné ou à son voisinage ; enfin, dans les cas les plus rares, on voit survenir une inflammation plus ou moins grave.

Il est peu de maladies qui soient plus sujettes à récidives que les hypérémies. On a dit avec raison que les congestions appelaient d'autres congestions, et que lorsqu'un organe s'est fluxionné une fois, il a beaucoup de tendance à le devenir encore. Il est des individus chez lesquels ces hépérémies se font toujours vers le même point, et cela à des intervalles plus ou moins rapprochés et quelquefois réguliers. La reproduction fréquente des congestions dans un même organe finit par produire diverses lésions consécutives, telles qu'une vascularité plus grande, et plus tard une augmentation de volume ou une hypertrophie. Il n'est nullement démontré, au contraire, que les parties qui sont souvent affectées d'hypérémie deviennent plus fréquemment le siége de lésions organiques et de productions accidentelles. Toutefois il arrive fréquemment que, dans le sein d'un tissu chroniquement affecté, il se forme de temps en temps des congestions sanguines actives qui ont pour effet d'augmenter momentanément les souffrances et d'imprimer une marche plus rapide à la lésion organique.

Diagnostic. — Il est parfois difficile de distinguer une hypérémie au premier degré de l'inflammation ou d'une hémorrhagie interstitielle. Il nous est impossible de tracer à ce sujet aucune règle générale de diagnostic ; mais en traitant de chaque hypérémie nous aurons soin d'exposer les difficultés des cas particuliers, et nous rechercherons comment on peut en triompher.

Pronostic. — Le pronostic varie suivant la forme de la congestion et sa persistance, suivant l'importance de l'organe affecté, enfin selon ses modes de terminaison, etc. ; c'est ce qui s'expliquera mieux par la suite à l'occasion de chaque hypérémie en particulier.

Étiologie. — Tous les organes peuvent se congestionner ; mais la fréquence des hypérémies dans chacun d'eux est presque toujours en raison directe de la quantité de vaisseaux qu'ils contiennent ; aussi l'utérus, le cerveau, les poumons, le foie, la rate et les membranes muqueuses sont

les organes qu'on voit se congestionner le plus souvent. Les hypérémies se forment à tous les âges, et aussi facilement chez les sujets débilités et ayant un sang appauvri, que chez ceux qui sont dans les conditions opposées; mais l'âge exerce la plus grande influence sur le siége des congestions, ainsi que sur leurs symptômes. L'état pléthorique et une grande irritabilité nerveuse sont les deux conditions organiques qui prédisposent le plus aux congestions. Celles-ci se déclarent le plus souvent spontanément sans qu'on puisse saisir aucune cause déterminante; d'autres fois elles succèdent manifestement à quelque cause d'excitation locale ou générale; fréquemment aussi l'afflux du sang vers une partie tient à des variations brusques dans la pression atmosphérique ou dans la température.

Quant à la cause intime du phénomène, nous ne pouvons la saisir. Expliquer, en effet, la congestion par un spasme des veines, des artères, du cœur, etc., c'est faire une hypothèse gratuite et que rien jusqu'à présent ne peut justifier.

Traitement. — Les congestions sthéniques réclament un traitement actif, tel que saignées générales, dérivatifs puissants, comme le sont tous les révulsifs cutanés, les purgatifs drastiques, et même les diurétiques. Quelquefois, pour dégorger l'organe plus complétement, on doit recourir aux saignées locales, et surtout aux sangsues, qu'on applique en grand nombre afin de produire un écoulement considérable; si on agissait autrement, les sangsues pourraient avoir un effet contraire. Enfin il est des congestions tellement rebelles ou qui se reproduisent si fréquemment, qu'on est obligé, pour les combattre et en prévenir le retour, d'établir en permanence un large exutoire loin du point où la congestion se fait. On peut aussi y appliquer de temps en temps quelques sangsues. On ajoute à ces moyens l'usage des lavements, des diurétiques, l'abstinence des boissons stimulantes et des alcooliques; enfin on prescrit un régime délayant. Chez les sujets nerveux, les bains tièdes ou frais, avec ou sans affusion; et les antispasmodiques seront utiles; chez les chlorotiques, l'usage des martiaux suffit seul pour triompher des congestions qu'on observe.

Des congestions passives. — Jusqu'à présent, je n'ai parlé que des congestions actives, qui semblent n'avoir lieu que par une surexcitation des forces vitales; il me reste à dire un mot de celles, au contraire, qui surviennent dans les cas où le principe de la vie affaibli ne peut plus contrebalancer la puissance des lois physiques. Elles reconnaissent souvent pour cause un obstacle à la circulation; elles sont fréquentes dans les maladies qui s'accompagnent d'une diminution de la fibrine du sang. Ces congestions se produisent aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur; elles se font vers les parties les plus déclives ou dans celles dans lesquelles l'influx nerveux est diminué ou anéanti. Elles se forment peu à peu, elles ont une marche lente, et on peut souvent les faire cesser ou reparaître à volonté, suivant que les parties sont placées dans une position élevée ou déclive.

Ces congestions passives réclament rarement l'emploi des antiphlogistiques. Elles devront le plus souvent être combattues par les stimulants et

par les toniques administrés à l'intérieur, ou du moins en topiques. Mais il importe, avant tout, de placer les parties hypérémiées dans une position convenable. Lorsque l'engorgement sanguin est l'effet d'un obstacle au retour du sang veineux, comme dans les cas de compressiom ou d'oblitération d'une veine, il n'y a d'autre indication qu'à détruire l'obstacle, et si la chose est impossible, il conviendra d'exercer une douce compression sur la partie, et de la placer de manière à favoriser le plus possible la progression du sang du côté du cœur.

DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE.

SYNONYMIE. — Hypérémie cérébrale; coup de sang.

Historique. — La congestion cérébrale a été mal indiquée par les auteurs anciens; ils la confondaient d'ailleurs avec l'apoplexie lorsqu'elle était portée à un certain degré d'intensité. Mais les recherches des auteurs modernes, et particulièrement celles de MM. Lallemand, Andral, Cruveilhier, Rostan, Rochoux, etc., ont depuis longtemps fait cesser cette confusion: grâce à ces travaux, tous remarquables à différents titres, l'histoire des congestions cérébrales est aujourd'hui assez complète.

Anatomie pathologique. — Pour apprécier convenablement les lésions propres à la congestion cérébrale, il importe de se rappeler que la coloration du cerveau varie beaucoup, à l'état normal, dans les différentes parties de l'organe, et qu'elle n'est pas la même aux divers âges de la vie. L'hypérémie peut occuper isolément ou simultanément la substance blanche ou grise. Lorsqu'elle survient spontanément, elle est presque toujours générale, tandis que l'hypérémie bornée à un point limité des centres nerveux se lie presque toujours à quelque lésion matérielle organique préexistante. Lorsque la substance blanche est congestionnée, si on la coupe par tranches, on voit suinter à sa surface de petites taches de sang plus ou moins confluentes; on dit alors que le cerveau est *piqueté* ou *sablé*, parce que, en effet, ce pointillé ressemble assez bien à des grains de sable rouge qu'on aurait semés sur la substance médullaire. Cette disposition se remarque surtout dans les lobes antérieurs, à la convexité des hémisphères et dans les couches optiques. L'hypérémie de la substance grise se révèle quelquefois par le même état piqueté ou sablé; mais le plus souvent on ne distingue qu'une coloration d'un rouge uniforme, et par la pression on exprime du tissu une quantité de sang plus ou moins considérable; il y a quelquefois un peu d'épanchement séreux dans les ventricules et de la sérosité infiltrée dans les mailles de la pie-mère: mais, dans tous les cas, la pulpe cérébrale conserve sa consistance normale, et les membranes se séparent facilement. Celles-ci pourtant participent souvent à l'injection du viscère. Suivant M. Rochoux, il faudrait même admettre (*Archives* de 1844) que le cerveau ne peut se congestionner, mais que la stase sanguine siège exclusivement dans les vaisseaux de la pie-mère; opinion que nous ne saurions partager.

L'hypérémie cérébrale, qu'elle soit sthénique ou asthénique, aiguë ou chronique, se révèle toujours à peu près, sur le cadavre, par les mêmes caractères. Il est pourtant une altération sur laquelle M. Durand Fardel a depuis peu appelé l'attention, et qui, d'après cet habile observateur, serait caractéristique de l'hypérémie chronique. Cette lésion, que M. Durand appelle *état criblé* du cerveau, consiste en une réunion de petits canaux creusés au sein de la substance cérébrale et traversés chacun par un petit vaisseau; ces trous peuvent admettre la pointe et parfois la tête d'une très fine aiguille. Dans ces cas, la partie malade ressemble beaucoup, par sa structure et son aspect, à ce qu'on nomme la *lame criblée* du cerveau, située en dehors du chiasma. Les criblures pathologiques siègent surtout dans les hémisphères, au-dessous des circonvolutions, et peuvent occuper une très grande étendue. M. Durand explique cette lésion par la distension souvent répétée des vaisseaux, qui ont dû opérer ainsi forcément un refoulement de la substance du cerveau. Cette explication rationnelle est d'ailleurs confirmée par les phénomènes de congestion observés pendant la vie de ces individus. Toutefois les faits rapportés par M. Durand ne me semblent pas encore suffisants pour donner à son opinion la valeur d'une démonstration.

Symptômes. — La congestion cérébrale a assez souvent un début brusque; ailleurs, les accidents se développent graduellement. Dans les deux cas, la figure s'injecte; les malades accusent des vertiges, des éblouissements, des tintements ou des bourdonnements d'oreilles; la vue est trouble; ils ont des illusions d'optique; la tête est lourde, pesante; les facultés intellectuelles sont obtuses; il y a de la tendance au sommeil; beaucoup de malades éprouvent des engourdissements, des fourmillements ou de la pesanteur dans les membres; la langue semble se mouvoir difficilement, ce qui produit un certain embarras dans la parole; les artères temporales battent avec force.

Lorsque la congestion est plus forte, les malades perdent tout à coup connaissance; ils sont privés de sentiment et de mouvement; tous les muscles sont dans la résolution; la respiration est stertoreuse. Quelquefois, au lieu de cette résolution générale de tous les membres, on n'observe qu'une paralysie bornée à un membre ou à une moitié du corps. La paralysie alterne quelquefois avec des mouvements convulsifs, mais le plus souvent ceux-ci ne se remarquent que dans le côté du corps opposé à la paralysie. La perte du sentiment ou du mouvement coïncide le plus fréquemment avec l'abolition des facultés intellectuelles; d'autres fois, celles-ci sont intactes; enfin, quelques malades peuvent éprouver un délire maniaque avec une agitation extrême. L'hypérémie avec perte de connaissance et paralysie caractérise ce qu'on nomme la *congestion apoplectique* ou le *coup de sang*.

Formes. — Comme on le voit, les symptômes de la congestion cérébrale varient beaucoup suivant les individus; c'est ce qui a porté quelques auteurs à distinguer cinq, sept et jusqu'à huit formes différentes d'hypérémie cérébrale. On pourrait en admettre un plus grand nombre en-

core, mais ces distinctions n'ont aucune importance ; pour la pratique, il suffit de distinguer, avec M. Rostan, une forme bénigne et une forme grave.

Marche, durée, terminaisons. — Quels que soient d'ailleurs les symptômes qu'on observe, ceux-ci n'ont généralement qu'une durée assez courte. Il suffit souvent de quelques heures pour que le rétablissement des malades devienne complet. Cependant, lorsqu'il y a eu perte de connaissance ou paralysie, il est rare de voir cet état cesser brusquement, et même au bout de trois à douze heures. Dans la plupart de ces cas, en effet, les malades éprouvent encore pendant plusieurs jours de la torpeur, de l'embarras dans toutes les fonctions de la vie de relation ; mais il est rare que les symptômes graves de la congestion cérébrale durent plus de trois jours ; lorsqu'ils persistent au-delà de cette époque, il faut généralement soupçonner quelque autre lésion du cerveau, particulièrement une hémorrhagie ou un ramollissement. Il n'est pas très rare de voir des malades succomber rapidement par suite d'une congestion cérébrale : nous avons observé plusieurs faits de ce genre. Dans ces cas, l'autopsie n'explique pas toujours ni la terminaison funeste ni les symptômes observés pendant la vie. C'est ainsi que des individus qui sont morts après avoir éprouvé une hémiplégie ou des convulsions dans un côté du corps, ne nous ont pas toujours montré la congestion plus marquée dans un hémisphère que dans l'autre ; avec quelque attention qu'on examinât alors leur cerveau, on ne voyait nulle part la raison des accidents qui s'étaient montrés dans une moitié du corps. Souvent aussi, bien que les malades meurent avec des symptômes de compression et de collapsus, on ne trouve pour expliquer la terminaison funeste qu'une injection fort légère. Il faut nécessairement admettre alors que l'hypérémie a diminué dans les derniers instants de la vie.

La congestion cérébrale est une des maladies qu'on voit récidiver le plus souvent. Lorsqu'elle se reproduit ainsi à de courts intervalles, elle a souvent pour résultat de troubler gravement les fonctions cérébrales ; c'est ainsi que les facultés intellectuelles s'émoussent, que la contractilité musculaire s'affaiblit ; enfin les malades arrivent, avant l'âge, à un état qui se rapproche de la démence sénile.

Diagnostic. — La congestion cérébrale offre de points des contact avec plusieurs maladies, spécialement avec les hémorrhagies, avec le ramollissement et l'arachnitis. Mais on verra, en parlant de chacune de ces affections, que leur diagnostic différentiel d'avec la congestion cérébrale est le plus souvent facile. Je rappellerai seulement ici que les symptômes qui accompagnent les congestions du cerveau, même les plus graves, comme la paralysie, le délire et les convulsions, disparaissent promptement ; ils ne sont même quelquefois qu'éphémères, tandis qu'ils ont une durée incomparablement plus longue dans les autres maladies. Ainsi, la rapidité avec laquelle disparaissent les symptômes propres aux congestions cérébrales sera un caractère distinctif de la plus grande valeur. Il est inutile de dire que, lorsque l'hypérémie cérébrale tue promptement, il est im-

possible de la différencier de l'apoplexie et de la plupart des autres causes de mort subite.

Je suis porté à rattacher à la congestion cérébrale l'affection connue sous le nom de *calenture*, et qu'on observe fréquemment à bord des navires naviguant sous les tropiques, ou sur nos soldats exposés au soleil d'Afrique dans le mois de la canicule. Cette maladie est caractérisée par un délire violent, survenant brusquement au milieu de la nuit, avec cris, vociférations, agitation extrême et hallucinations Ce qui justifie cette opinion, c'est la facilité avec laquelle on voit ces accidents disparaître sous l'influence de saignées copieuses. Cependant jusqu'à présent nous manquons d'autopsies qui nous permettent d'établir quelle est la véritable nature de la calenture.

Pronostic. — Le pronostic n'offre aucune gravité lorsque la congestion est légère ; mais il n'en est plus de même lorsque l'hypérémie est assez forte pour produire le délire, le coma, la paralysie ou les convulsions. Toutes choses égales d'ailleurs, la congestion est plus fâcheuse chez les vieillards que chez l'adulte, parce que chez les premiers elle produit plus souvent que chez les autres des hémorrhagies ou des ramollissements consécutifs, maladies auxquelles la vieillesse prédispose.

Causes. — Toutes les conditions qui augmentent la quantité du sang, ou qui font affluer ce liquide en plus grande abondance vers le cerveau, ainsi que celles qui gênent son retour vers le cœur, sont autant de causes prédisposantes ou efficientes des congestions cérébrales. Il faut ranger dans les deux premières catégories la pléthore, la suppression d'hémorrhagies constitutionnelles, l'anévrisme du ventricule gauche du cœur, le mouvement fébrile, les émotions morales, les travaux intellectuels opiniâtres, l'abus des liqueurs alcooliques, une alimentation trop succulente, une diminution dans la pesanteur atmosphérique, une chaleur ou une insolation trop intense ou un froid trop vif. Ainsi, les individus qui meurent après avoir été exposés à une température de 30 à 40° centigrades, ou à un froid de 8 à 15°, présentent surtout comme lésion cadavérique une vive injection de la pulpe cérébrale. Le froid exerce peut-être une action plus marquée sur la circulation cérébrale que la température contraire. C'est ainsi que de nombreux relevés statistiques faits successivement à Paris, à Turin et en Hollande, ont prouvé que les congestions cérébrales avaient leur maximum de fréquence en hiver. Cette maladie se rencontre fréquemment dans les maisons d'aliénés, où elle frappe surtout les déments paralytiques.

Les causes principales qui produisent l'hypérémie du cerveau mécaniquement, en empêchant le retour du sang vers le cœur, sont : les efforts violents, les ligatures, et toutes les pressions exercées sur le cou. C'est le plus souvent à une constriction de cette partie, par le col utérin ou le cordon ombilical, qu'il faut attribuer ces accidents qu'on observe chez beaucoup d'enfants au moment de la naissance, et qu'on désigne communément sous le nom d'*asphyxie*, bien que dans la plupart des cas ils ne dépendent que d'une congestion encéphalique. Les professions qui forcent

à tenir la tête dans une position déclive, les maladies du cœur, surtout celles du ventricule droit, les tumeurs de l'aorte, du tronc brachio-céphalique et des carotides, lorsqu'elles exercent une compression sur les veines jugulaires; enfin le rétrécissement ou l'oblitération d'un ou de plusieurs sinus de la dure-mère, quelle qu'en soit la cause, amènent souvent une congestion cérébrale. C'est encore par suite d'une gêne de la circulation qu'il faut expliquer le développement des congestions cérébrales qui surviennent dans les asphyxies par l'acide carbonique et par l'oxide de carbone. Les substances narcotiques, stupéfiantes, comme l'opium, la belladone, l'alcool, le tabac, la digitale, etc., prises en trop grande quantité, peuvent aussi déterminer une forte hypérémie cérébrale. On a dit que chacune de ces substances avait une action élective sur une partie spéciale du cerveau : ainsi, d'après M. Flourens, l'opium agirait sur les hémisphères, l'alcool sur le cervelet, la belladone sur les tubercules quadrijumeaux. Mais aucun résultat recueilli sur l'homme n'a encore confirmé ces assertions, qui ne se fondent que sur quelques expériences peu concluantes d'ailleurs, tentées sur les animaux.

Enfin, il est des hypérémies cérébrales qui surviennent sous l'influence de causes dont le mode d'action nous échappe : telles sont, par exemple, ces congestions qui affectent si fréquemment les individus dont les digestions sont pénibles, ou qui sont tourmentés par la constipation. A différentes reprises, on a vu les congestions cérébrales sévir d'une manière presque épidémique. Il n'y a encore aucun relevé statistique qui démontre le degré de fréquence relative des congestions cérébrales dans les deux sexes et aux différents âges de la vie. Toutefois tout porte à croire que ces maladies sont plus spéciales aux hommes qu'aux femmes, à l'âge adulte et à la vieillesse.

Traitement. — Le traitement sera prophylactique ou curatif. Les individus prédisposés ou sujets déjà aux congestions cérébrales ne devront pas séjourner dans les lieux dont la température est trop élevée ou trop froide; ils useront modérément des plaisirs vénériens; ils éviteront les émotions morales, les contentions d'esprit et les exercices violents. Ils seront sobres, et banniront de leur régime les boissons et les aliments doués de propriétés stimulantes; ils entretiendront la liberté du ventre à l'aide de lavements, ou bien on leur administrera de temps en temps quelques pilules d'aloès, qui auront le double avantage de provoquer des selles et de déterminer vers le rectum un mouvement fluxionnaire ou un flux hémorrhoïdal. On évitera que le cou soit trop serré par les cravates; on proscrira toutes les coiffures qui pourraient congestionner la tête; les pieds seront, au contraire, tenus le plus chauds possible et à l'abri de l'humidité. La construction du lit mérite aussi de fixer l'attention du médecin : il faudra bannir les oreillers de plume, et les remplacer par des oreillers en crin ou en balles d'avoine; enfin le lit formera un plan fortement incliné de la tête aux pieds. Lorsque, malgré ces précautions, la congestion cérébrale se déclare, on emploiera la série de moyens dont j'ai parlé dans mes généralités. D'ailleurs, le traitement de cette maladie ne différant pas de celui de

l'apoplexie, je renvoie à celle-ci. Je dois pourtant dire un mot de l'emploi des émissions sanguines. Tout le monde est d'accord pour conseiller la saignée générale; mais beaucoup blâment l'emploi des saignées locales faites dans le voisinage de l'organe congestionné : ainsi on craint que des sangsues mises derrière les apophyses mastoïdes, loin de combattre la congestion, ne la provoquent ou ne l'augmentent. Cette crainte serait fondée si on n'appliquait qu'un petit nombre de sangsues, et si on n'obtenait qu'un faible écoulement de sang ; mais si, au contraire, on met d'emblée vingt à trente sangsues, et si on provoque un écoulement considérable de sang, on produira sûrement le dégorgement des vaisseaux cérébraux. On parviendra aussi au même résultat en entretenant pendant douze, seize ou vingt-quatre heures, un écoulement continu en mettant deux, quatre ou six sangsues qu'on remplace par d'autres aussitôt qu'elles sont tombées. Ce dernier moyen est peut-être celui qu'il faudrait préférer dans le cas de congestion cérébrale mécanique, comme lorsqu'une tumeur quelconque, comprimant les veines jugulaires, empêche le retour du sang vers le cœur.

DE LA CONGESTION SANGUINE RACHIDIENNE.

Ludwig, les deux Frank, et plus récemment Ollivier, d'Angers, dans son *Traité des maladies de la moelle*, ont rapporté à une congestion rachidienne un certain nombre d'accidents, tels que des douleurs vagues dans les membres et le dos, certaines névralgies sciatiques, certaines claudications, divers tremblements et mouvements convulsifs, la stupeur et la paralysie de ces membres, ainsi que plusieurs phénomènes épileptiformes et tétaniques, surtout dans les cas où ces accidents disparaissent après une durée assez courte. Cependant les auteurs dont je parle n'ont pas démontré l'exactitude de leur opinion par des recherches nécroscopiques ; mais ils ont surtout été portés à rattacher à une congestion rachidienne les accidents que j'ai énumérés, parce que ceux-ci étaient à peu près semblables à ceux que détermine une forte hypérémie cérébrale. Comme on le voit, l'existence de la congestion rachidienne n'est établie que par voie d'analogie et nullement d'une manière expérimentale ou clinique. M. Calmeil observe à ce sujet qu'on aurait tort d'inférer de ce qui se passe vers le cerveau, que la même cause matérielle transportée vers le rachis y entraînerait les mêmes inconvénients. En effet, lorsque le sang se porte en abondance dans les vaisseaux cérébraux, il doit inévitablement exercer une compression sur la pulpe nerveuse, puisque l'organe remplit exactement la boîte osseuse du crâne; tandis que, quelque intense que soit la congestion rachidienne, on voit l'injection plus ou moins considérable dans les veines et les vaisseaux de la pie-mère pénétrer rarement le cordon nerveux. Cette congestion d'ailleurs ne saurait jamais exercer beaucoup de compression sur la moelle elle-même, à cause de l'espace considérable qui existe naturellement en arrière, entre les lames des vertèbres et l'organe rachidien.

En résumé, je crois que dans l'état actuel de la science on ne connaît aucun groupe de symptômes qu'on puisse regarder comme étant l'effet d'une congestion de la moelle épinière. Tout ce qu'on a dit à ce sujet demande à être vérifié par de nouvelles observations.

DE LA CONGESTION PULMONAIRE.

Le poumon est un des organes qui se congestionnent le plus facilement; c'est ce qui s'explique par la nature de ses fonctions, par l'activité de sa circulation, par la grande quantité de sang qu'il contient habituellement, par son voisinage et ses connexions intimes avec le cœur. Les congestions pulmonaires sont actives ou passives. Peu ou mal étudiées jusqu'à ce jour, nous allons essayer d'en tracer l'histoire, surtout d'après les faits que nous avons nous-même observés.

De la congestion active des poumons.

Dans la congestion active, les poumons sont moins crépitants et plus lourds; ils surnagent moins complétement; d'une couleur violacée, il s'écoule des incisions qu'on leur pratique une grande quantité de sang noir, fluide, mêlé à de la sérosité spumeuse. Les bronches sont ordinairement vides, ou bien elles contiennent un peu de mucus blanc ou légèrement sanguinolent.

Symptômes. — Dans toutes les congestions actives des poumons, les malades accusent de l'oppression, un sentiment pénible de gêne dans la poitrine, souvent accompagné d'une sensation de chaleur dans cette cavité, et d'une légère accélération des mouvements respiratoires. Lorsque la toux existe, elle est presque toujours sèche et peu fréquente; quelquefois pourtant les malades rejettent quelques crachats blancs, visqueux, souvent striés de filets de sang. Il est fort rare que la percussion du thorax donne quelque signe morbide. Cependant, lorsque la congestion est considérable et *qu'elle affecte la superficie du poumon*, le son de la poitrine sera obscurci à ce niveau, ce dont on pourra se convaincre en percutant comparativement le côté sain *dans les points correspondants.* Par l'auscultation, on constate en outre, au niveau des points congestionnés, une diminution parfois considérable dans le murmure vésiculaire, mais sans augmentation dans la résonnance de la voix. Dans quelques cas rares, indépendamment de la faiblesse du bruit respiratoire, on entend encore, surtout pendant la respiration, quelques bulles rares de râles muqueux ou sous-crépitants, ce qui indique qu'un peu d'exhalation s'est faite dans les vésicules ou dans les bronches. Ces râles n'offrent rien de particulier, et tout ce que M. Fournet a dit à ce sujet dans son livre me semble avoir été plutôt imaginé que réellement observé. A l'aide des signes physiques que je viens d'indiquer, on peut limiter plus ou moins exactement le siége de la congestion. Quoique celle-ci puisse se montrer indistinctement dans tous les points du poumon, l'observation a prouvé cependant que dans la

grande majorité des cas l'hypérémie occupe le bord postérieur et la partie inférieure de l'organe.

La congestion pulmonaire réveille peu de phénomènes sympathiques; les seuls symptômes généraux qui l'accompagnent sont ceux qu'on rencontre dans la plupart des autres congestions actives.

Marche, durée, terminaisons. — Il n'est pas ordinaire que la congestion pulmonaire débute aussi brusquement que celle du cerveau, et que, comme celle-ci, elle atteigne en peu d'instants son maximum d'intensité. Cependant il n'est pas absolument rare de voir la maladie naître tout d'un coup et amener une mort très prompte, parfois instantanée. Dans la plupart des cas, pourtant, le début est plus lent; la durée de la maladie est rarement moindre de trois ou quatre jours et la résolution est sa terminaison la plus ordinaire. La poitrine reprend alors sa sonorité, mais la faiblesse du bruit respiratoire disparaît plus lentement. Dans quelques cas, une hémoptysie plus ou moins abondante succède aux signes de la congestion, et l'on voit souvent alors se former plusieurs noyaux apoplectiques dans le parenchyme de l'organe; d'autres fois c'est une pneumonie qui se déclare; mais ce dernier mode de terminaison de la congestion nous a paru être bien rare. La congestion pulmonaire brusque et portée à son plus haut degré peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, causer la mort instantanément. M. le docteur Devergie regarde même cette cause de mort subite comme très fréquente, puisque, sur quarante cas observés par lui, vingt-quatre fois la mort avait été occasionnée par une congestion du poumon seule ou unie à une congestion cérébrale. C'est aussi ce que M. le docteur Lebert a parfaitement établi dans un excellent travail qu'il a inséré dans les *Archives générales de médecine* pour l'année 1838. La mort s'explique ici par la suspension de la respiration et de la circulation dans les poumons, dont tout le système capillaire est gorgé de sang.

Diagnostic. — D'après ce que j'ai dit, on voit qu'il est assez facile de reconnaître une congestion pulmonaire active; car cette affection ne présente que peu de points de contact avec les autres maladies thoraciques, telles que la pneumonie au premier degré, la bronchite et l'œdème du poumon. Il importe beaucoup, pour le pronostic et pour le traitement, de déterminer si une congestion pulmonaire est essentielle ou si elle est symptomatique de quelque lésion organique, soit du cœur, soit des poumons. L'examen attentif des malades permettra, dans la plupart des cas, de le préciser. Le siége qu'occupe la congestion pourra d'ailleurs fournir quelque présomption sur sa nature. Ainsi on peut établir en règle générale que la plupart des congestions qui se forment dans le tiers supérieur des deux poumons se lient à l'existence de tubercules. Cette opinion acquiert d'autant plus de vraisemblance que la congestion récidive plus souvent, qu'elle survient spontanément, sans cause appréciable, qu'elle persiste plus longtemps, enfin qu'elle se juge ordinairement par une hémoptysie.

Pronostic. — Les considérations précédentes indiquent combien le pronostic de la congestion pulmonaire est variable. Lorsque celle-ci est simple, qu'elle survient chez un sujet bien portant à la suite de causes bien évi-

dentes, elle n'a aucune gravité. Il en est tout autrement lorsque la maladie, tout à fait spontanée, se lie à l'existence de tubercules; car l'afflux insolite du sang, qu'on constate alors dans un point du poumon, révèle presque toujours un surcroît d'activité dans le travail morbide qui engendre les tubercules, ou qui fait marcher ces produits à un degré plus avancé.

Étiologie. — Les congestions pulmonaires se rencontrent spécialement chez les personnes jeunes, c'est-à-dire de vingt à quarante ans. On les observe chez les sujets sanguins et pléthoriques, et peut-être plus fréquemment encore chez les individus d'un tempérament lymphatique prédisposés à la phthisie pulmonaire. Les maladies du cœur paraissent être une cause efficace de congestions actives. Nous ne savons rien de positif sur l'influence exercée par les professions. Il est, au contraire, bien constaté que les extrêmes de température et surtout que les chaleurs de la canicule produisent un grand nombre de congestions pulmonaires ; ainsi on a vu souvent la maladie survenir après une exposition trop longtemps prolongée ou à un froid intense ou à un soleil ardent. Chez d'autres, la congestion a succédé à des excès alcooliques ou à l'inspiration du gaz acide carbonique, même dans les cas où l'asphyxie n'a pas été complète. Les congestions sanguines actives des poumons ont fréquemment lieu dans le cours de certaines maladies ; je citerai en particulier les tubercules pulmonaires, les maladies du cœur, et, suivant Avenbrugger et Corvisart, les fièvres éruptives dans leur stade d'invasion, circonstance que je n'ai pas encore suffisamment vérifiée.

Traitement. — La saignée générale est le moyen par excellence pour combattre la congestion pulmonaire. On y joindra, si c'est nécessaire, la série des remèdes dont nous avons parlé précédemment dans nos généralités.

Beaucoup de personnes blâment l'emploi des révulsifs sur les parois de la poitrine ; car elles croient que, loin de combattre la congestion, ces agents doivent au contraire l'augmenter. Je ne partage pas ces craintes; puisque des faits nombreux m'ont démontré qu'un des meilleurs moyens de résoudre les congestions actives qui ont résisté aux saignées générales et aux dérivatifs sur le tube digestif, consiste dans l'application, sur les parois de la poitrine, de ventouses sèches ou scarifiées ou bien d'un ou plusieurs vésicatoires volants.

De la congestion passive des poumons.

Les poumons sont, de tous les organes de l'économie, ceux qui sont le plus souvent le siége de congestions passives. Celles-ci ont de la tendance à se produire dans le cours de presque toutes les maladies aiguës et chroniques, et généralement chez tous les sujets débilités par une cause quelconque. A mesure, en effet, que la puissance vitale vient à s'affaiblir, les lois physiques reprennent peu à peu tout leur empire, la circulation languit, et le sang, obéissant aux lois de la pesanteur, stagne dans les pou-

mons, et engorge les parties déclives de ces organes. Telle est l'origine de la plupart des engorgements sanguins qu'on remarque à la base et sur le bord postérieur des poumons.

Anatomie morbide. — Les parties ainsi congestionnées sont bleuâtres ou livides à l'extérieur; elles surnagent incomplétement lorsqu'on les plonge dans l'eau, leur pesanteur spécifique est augmentée, et leur tissu crépite moins; lorsqu'on les incise, il s'en écoule une plus ou moins grande quantité d'un sang fluide, séreux, noirâtre ou bien rougeâtre, peu aéré. En général, le parenchyme engoué n'est point friable : cependant le contraire a souvent lieu en raison de la macération des tissus, par la grande quantité des liquides qui le pénètrent. Dans ces cas, il suffit de malaxer la portion engouée sous un filet d'eau, et de la priver par expression de tous les liquides qui l'engorgent, pour lui rendre sa couleur et sa consistance normales. Cependant il n'est pas très rare, nonobstant cette opération, de voir le poumon rester encore plus ou moins friable; il devient alors impossible, d'après la simple inspection cadavérique, de distinguer l'engouement simple d'avec la pneumonie au premier degré. L'engouement est d'autant plus considérable que les parties sont plus déclives. Il est en rapport avec le décubitus que les malades ont adopté pendant leur vie. Ainsi chez ceux qui sont restés habituellement couchés sur le dos, l'engouement occupe le bord postérieur et la base des poumons; l'un de ces organes est plus engoué que l'autre lorsque les malades ont été plus inclinés sur un côté. Chez ceux qui ont été obligés de rester longtemps couchés sur le ventre, le bord postérieur est souple, tandis que le bord antérieur ou tranchant seul est engoué. C'est à tort qu'on a considéré ces engouements comme étant toujours cadavériques; une observation attentive nous a appris, au contraire, que, chez les sujets affaiblis, la plupart d'entre eux commencent à se faire à une époque plus ou moins éloignée de la mort, ainsi qu'on peut aisément s'en convaincre à l'aide de la percussion et de l'auscultation. Ce fait d'ailleurs avait été parfaitement établi depuis longtemps par M. Piorry.

Symptômes, marche, durée, terminaisons. — Bien différentes des congestions actives, les congestions passives des poumons se forment toujours lentement, et c'est peut-être ce qui explique pourquoi, dans le cas même où elles occupent un grand espace, elles ne s'accompagnent presque jamais ni de dyspnée, ni de douleurs thoraciques, ni même d'accélération dans les mouvements respiratoires. Quelques malades toussent et rejettent des crachats séreux offrant parfois une teinte rougeâtre; mais l'exploration physique permet seule de reconnaître l'altération dont les poumons sont le siége. En effet, la percussion, qui ne fournit le plus souvent que des résultats négatifs dans les cas de congestion active, fait, au contraire, reconnaître ici une diminution plus ou moins considérable dans la sonorité de la poitrine. L'auscultation pratiquée révèle aussi dans le même point une diminution, et parfois même une absence complète du murmure respiratoire, du moins dans les inspirations ordinaires, sans souffle bronchique ni aucune modification dans le retentissement de la voix. Dans

la plupart des cas, il existe également du râle muqueux et sous-crépitant en plus ou moins grande abondance. Ces phénomènes ont, en général, une durée longue ; ils peuvent persister au même degré pendant plusieurs semaines.

Le plus souvent l'engouement se termine par résolution ; mais constamment j'ai vu le poumon reprendre très lentement toute sa perméablilité, ce qui s'explique par l'état d'asthénie des sujets. Dans un grand nombre de cas cependant, le sang qui engorge les poumons agit comme un corps étranger, et finit par l'enflammer. J'ai, en effet, prouvé dans mon *Traité de la pneumonie* (p. 179 et suiv.) que la congestion passive des poumons était une des causes les plus puissantes des pneumonies qui surviennent si fréquemment dans le cours de la plupart des maladies aiguës et chroniques. C'est en raison de cette complication que les congestions passives des poumons doivent toujours être considérées comme une circonstance des plus fâcheuses.

Étiologie. — Les congestions passives pulmonaires surviennent sous l'influence des causes les plus débilitantes. On les observe, en effet, spécialement chez les individus affaiblis par l'âge ou par une maladie grave et qui conservent pendant longtemps le même décubitus; on les rencontre encore spécialement chez les sujets atteints de maladies de cœur, surtout lorsqu'il y a rétrécissement des orifices et des cavités.

Traitement. — Le traitement sera prophylactique ou curatif.

Pour prévenir les congestions passives des poumons, et pour les combattre quand elles se sont déjà déclarées, il faudra, comme le conseille M. le professeur Piorry, que les malades qui gardent habituellement le lit changent fréquemment de position. On devra les coucher alternativement sur le dos et sur les côtés, et les asseoir sur leur séant, autant que les circonstances permettront de le faire.

Quant aux moyens médicaux à employer, ils devront beaucoup varier, suivant l'état symptomatique et dynamique des sujets. Je dirai tout d'abord que l'emploi des révulsifs cutanés, quels que soient leur nature et les points du corps où on les applique, m'ont paru être sans aucune utilité. La saignée est rarement praticable, à cause de l'état de faiblesse des sujets. Cependant lorsque la congestion pulmonaire survient chez les individus atteints de maladie organique du cœur, lorsque la stase des poumons est produite par la difficulté que le sang éprouve à revenir vers le centre circulatoire, lorsque l'abondance du fluide sanguin n'est plus en rapport avec le peu de capacité des cavités cardiaques droites, il sera alors utile d'ouvrir une veine du bras. Dans ce cas, la saignée produit quelquefois un dégorgement très rapide des poumons; car si on explore la poitrine quelque temps après que le sang a cessé de couler, souvent on trouve que le son est déjà moins obscur, et que le murmure vasculaire est moins faible. Dans les circonstances dont je parle, il sera également avantageux d'opérer une révulsion sur le tube digestif par les purgatifs. Enfin, lorsque la faiblesse des malades est grande, lorsque leurs forces sont prostrées, il faudra recourir à l'emploi des stimulants et des toniques, si leur usage

d'ailleurs n'était point contre-indiqué par la nature de la maladie que la congestion pulmonaire est venue compliquer.

DES CONGESTIONS DES ORGANES ABDOMINAUX.

Tous les organes contenus dans l'abdomen peuvent se congestionner d'une manière active ou passive ; c'est ce que les ouvertures cadavériques démontrent. Toutefois il serait impossible, dans l'état actuel de la science, d'indiquer des caractères diagnostiques précis à l'aide desquels on pourrait reconnaître une congestion du pancréas, de la vessie, de l'estomac et des intestins, le rectum excepté ; mais comme la congestion de ce dernier organe se lie intimement à l'histoire des hémorrhoïdes, nous en parlerons en traitant de celles-ci. Il est également presque impossible de reconnaître pendant la vie l'hypérémie des reins. Si dans celle-ci l'urine est parfois albumineuse et contient des globules sanguins, de pareils phénomènes peuvent aussi se rencontrer dans plusieurs autres états morbides des reins. Cependant lorsque leur début est brusque et qu'ils n'ont qu'une durée très courte, il sera naturel de les attribuer plutôt à une simple congestion qu'à tout autre état pathologique.

DE LA CONGESTION DU FOIE.

Anatomie pathologique. — Le foie congestionné est plus volumineux et plus lourd ; son tissu est parfois entièrement rouge ou faiblement mélangé de jaune, et à l'incision de l'organe on voit suinter une quantité considérable de sang. L'hypérémie peut être générale ou partielle, dans tous les cas elle atteint surtout les granulations rouges. Kiernan a dit encore qu'on devait admettre deux autres espèces de congestions, suivant que le sang stagnait dans les capillaires des veines hépatiques ou dans ceux de la veine porte ; mais une pareille distinction est difficile à établir, et elle n'a d'ailleurs aucune importance sous le rapport pratique.

Étiologie. — La congestion sanguine du foie peut être primitive et se développer sous l'influence de l'état pléthorique ; mais, dans la plupart des cas, elle dépend d'une gêne dans la circulation cardiaque, telle est celle qu'on voit se former dans le plus grand nombre des maladies organiques du cœur, surtout dans les rétrécissements des orifices ou des cavités, ou bien dans les dilatations avec amincissement des parois.

Suivant la pratique de M. le professeur Andral, les hypérémies actives du foie ne seraient pas très rares, soit comme maladies primitives, soit comme maladies consécutives à d'autres affections, et particulièrement à une phlegmasie des voies digestives ; mais cette opinion est encore fort contestable pour nous.

Symptômes, marche, durée, terminaison. — Le foie congestionné, avons-nous dit, augmente de volume ; c'est ce que prouvent la percussion et la palpation. La première fait voir que la moitié de l'organe s'étend, surtout perpendiculairement, dans une plus grande étendue ; par la palpation on constate, en outre, que le foie déborde le rebord costal d'un ou

plusieurs travers de doigt; on reconnaît la présence de l'organe dans ces points par la sensation qu'on a d'un *rebord tranchant*, *anguleux et oblique*. Les malades n'accusent, dans aucun cas, ni de la douleur ni même de la pesanteur à l'hypochondre; plus rarement encore, on voit l'ictère survenir. La congestion hépatique peut, dit-on, exciter un mouvement fébrile qui pourrait persister plusieurs semaines. C'est là du moins une opinion émise par M. Andral; toutefois on ne saurait se défendre, à cet égard, d'un sentiment de doute; il nous paraît difficile, en effet, de ne pas croire alors à une phlegmasie plutôt qu'à une congestion simple.

L'hypérémie du foie a une durée très irrégulière; elle peut se dissiper en quelques jours et même en quelques heures. Souvent une large saignée suffit pour amener une diminution considérable dans le volume de l'organe, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la palpation et la percussion. Cette diminution rapide peut avoir lieu spontanément à la suite d'un flux hémorrhoïdal. Dans les maladies du cœur, le foie peut aussi revenir à son état presque normal lorsque, par le repos et par l'emploi des agents dont la thérapeutique dispose contre elles, on est parvenu à diminuer la gêne de la circulation. M. Andral est porté à croire que la congestion peut exister, d'une manière continue, pendant des mois et même des années, et donner lieu dans ces cas à des symptômes de dépérissement tels, qu'on doit soupçonner quelque altération organique du parenchyme hépatique. L'opinion de M. Andral est assez fondée, et semble confirmée par un fait curieux observé par M. Monneret, et rapporté par cet observateur à la page 537, t. IV, du *Compendium*. Comme toutes les congestions, celles du foie sont très sujettes à récidiver.

Diagnostic. — Il serait impossible de diagnostiquer une simple congestion du foie, de la distinguer, par exemple, d'une hypertrophie, si on ne pouvait se convaincre que l'augmentation de volume du foie a été brusque ou du moins très rapide. La saignée générale, qui amène généralement une diminution de l'organe par suite de la déplétion qu'elle produit dans le système circulatoire, sera aussi une circonstance qui démontrera d'une manière certaine que l'augmentation de volume du foie dépend d'une hypérémie, et nullement d'une lésion de nutrition.

Pronostic. — Les congestions hépatiques paraissent entraîner rarement du danger; on ignore encore la part qu'elles ont dans la production des lésions organiques du viscère. Elles peuvent quelquefois être suivies d'une hémorrhagie interstitielle dans le foie; mais celle ci est fort rare et ne nous paraît avoir par elle-même aucune gravité, pourvu que les noyaux apoplectiques soient peu volumineux, peu nombreux, et que la surface du foie ne soit pas déchirée.

Traitement. — Les saignées générales et les applications de sangsues à l'anus sont les deux moyens les plus efficaces pour dégorger le foie. Les purgatifs, en excitant la sécrétion biliaire, peuvent agir de la même manière; mais leur action est moins certaine, et peut-être même si on les employait trop fréquemment, ou si on prenait les plus énergiques, produirait-on un effet contraire à celui qu'on se propose.

DES CONGESTIONS DE LA RATE.

La rate, par sa construction, est un organe éminemment disposé aux congestions. D'après l'opinion généralement reçue sur les fonctions de cet organe, qui paraît être, en effet, un diverticulum pour le sang, il est à présumer que des congestions doivent s'y former fréquemment; mais s'il en est ainsi, elles n'excitent aucun trouble dans l'économie. Les congestions véritablement morbides, celles que nous constatons ordinairement, ne sont jamais primitives; mais elles surviennent toujours dans le cours de plusieurs maladies; c'est ainsi que nous les avons vues à un très haut degré dans les fièvre typhoïde, intermittente, rémittente, et généralement dans toutes maladies graves dans lesquelles le sang, ayant perdu une portion de sa fibrine, tend à stagner dans quelques uns de nos organes et surtout dans la rate. Mais nous n'avons pas à nous occuper ici de ces hypérémies qui constituent un des éléments des maladies dans lesquelles on les rencontre, et qui par conséquent ne doivent être décrites qu'à propos de celles-ci.

DES CONGESTIONS UTÉRINES.

L'utérus paraît être de tous les viscères abdominaux de la femme, celui qui se congestionne le plus fréquemment. Ces congestions, qu'elles aient lieu dans l'état de vacuité de l'organe ou pendant la grossesse, m'ont toujours paru être essentiellement actives. Elles sont caractérisées par une sensation de chaleur dans le bassin : il semble à ces femmes que le vagin et la vulve soient tuméfiés; elles ressentent des pesanteurs vers le siége, des tiraillements aux aines, de la chaleur ou une véritable douleur à l'hypogastre et dans la région sacrée; quelques unes éprouvent des coliques utérines assez fortes, et semblables à celles qui accompagnent si souvent la dysménorrhée (voir cette maladie dans le tome II). Ces symptômes, quoique continus, s'exaspèrent de temps en temps. Si on touche les femmes, on dit que l'utérus semble plus gros, plus lourd, et que le col et le vagin sont plus chauds que de coutume; souvent il existe un écoulement muqueux ou sanguinolent; l'urine est ordinairement excrétée plus fréquemment en faisant éprouver un sentiment de cuisson. Ces signes de congestion peuvent se dissiper après un ou plusieurs jours, et dans un grand nombre de cas ils sont remplacés par l'apparition des règles ou par une véritable métrorrhagie, laquelle, en cas de grossesse, serait presque nécessairement l'avant-coureur prochain d'un avortement.

Les congestions utérines ne se remarquent guère que chez les femmes réglées ou chez les jeunes filles chez lesquelles la révolution menstruelle se prépare. Il y a, en effet, un assez grand nombre de femmes non réglées qui éprouvent périodiquement chaque mois les signes d'une congestion utérine qui se dissipe spontanément sans être suivie par aucun écoulement sanguin. Chez la femme menstruée, la congestion utérine succède souvent à une suppression brusque des règles ou à une excitation insolite des or-

ganes génitaux, etc. La congestion utérine est un accident également très commun dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse ; elle est la cause la plus ordinaire des avortements qui ont lieu si fréquemment à cette période de la gestation ; elle se développe quelquefois à l'occasion d'une émotion morale, d'une secousse, d'une chute, de rapprochements sexuels immodérés ; le plus souvent elle a lieu spontanément sans cause appréciable, et à une époque correspondant aux périodes menstruelles. Les femmes sanguines, pléthoriques, celles qui d'ordinaire sont abondamment réglées, sont les plus sujettes à ce grave accident.

Traitement. — Lorsque la congestion utérine est survenue après la suppression des règles, ou bien lorsqu'elle constitue pour ainsi dire un prodrome de l'époque menstruelle, il y a indication à provoquer l'écoulement sanguin qui doit être la crise naturelle de l'état congestif. C'est dans ce but que l'on conseillera l'emploi de pédiluves sinapisés, de fumigations de vapeurs aqueuses vers la vulve, de lavements chauds d'armoise, de cataplasmes chauds qu'on placera sur les parties sexuelles ; enfin, si ces moyens sont insuffisants, on appliquera des sangsues en petit nombre à la vulve.

Lorsque les congestions utérines, au lieu d'être, pour ainsi dire, le prodrome des règles, constituent au contraire un véritable état morbide survenant hors la période menstruelle, spécialement dans l'état de grossesse, on devra leur opposer un traitement différent de celui que j'ai précédemment conseillé. L'indication ne consiste plus ici à favoriser une hémorrhagie, mais à la prévenir. Si la femme est forte et pléthorique, une saignée générale pourra être utile ; on entretiendra la liberté du ventre, on fera prendre des bains frais ou tièdes ; les malades éviteront de s'asseoir ou de se coucher sur la laine ou la plume. Si ces moyens sont insuffisants, on appliquera des ventouses scarifiées sur la région sacrée et tout autour du bassin ; ce mode d'évacuation sanguine m'a paru plus efficace que les sangsues qu'on met en pareil cas à l'anus et aux aines. Les auteurs ont regardé ces derniers moyens comme dangereux ; toutefois leurs craintes ne sont pas fondées, pourvu qu'on mette un assez grand nombre de sangsues, afin d'opérer un dégorgement rapide. Dans les cas plus rebelles, on aura recours aux révulsifs rubéfiants et vésicants, aux injections froides et à l'emploi de la douche sur les régions lombaire et sacrée. Si la congestion affecte une femme grosse, on conseille de pratiquer de préférence plusieurs petites saignées d'une à deux palettes faites à certaines distances, plutôt que de tirer une grande quantité de sang à la fois. Pour peu qu'il existe alors des douleurs abdominales, surtout de ces douleurs qui tiennent à des contractions utérines, et qu'on reconnaît à leur intermittence et au sentiment de pesanteur et d'expulsion que les femmes éprouvent, on devra se hâter d'administrer un demi-quart de lavement contenant vingt gouttes de laudanum de Sydenham ; trois quarts d'heure ou une heure après on renouvelle la dose, puis une troisième et même une quatrième si les accidents persistent. Cette pratique est très efficace, elle est surtout préconisée par le professeur Paul Dubois, et après lui par les docteurs Cazeaux, Chailly et Jacquemier. Dans les cas où la congestion se renouvelle à chaque

époque menstruelle, on tâchera de la prévenir en condamnant les femmes à un repos absolu sur un canapé pendant toute la durée de cette époque et pendant les trois ou quatre jours qui la précèdent et la suivent; on entretiendra la liberté du ventre, on prescrira quelques manuluves chauds; enfin si des signes de pléthore existaient, il serait convenable d'ouvrir la veine.

Deuxième genre.

DES MALADIES PAR DÉFAUT DE SANG.

DE L'ANÉMIE.

Le mot *anémie* n'est jamais pris dans son sens étymologique rigoureux, car il exprimerait l'absence complète de sang; mais il sert à désigner tantôt une diminution dans la masse totale de ce liquide (*polyanémie*), ou bien une diminution de ses parties solides, telles que la fibrine, le fer et les sels, tandis que la proportion du sérum reste la même ou bien est devenue parfois plus considérable. On dit dans ce dernier cas qu'il y a *hydrohémie*. Ces deux états morbides peuvent être confondus sous une dénomination commune et dans une même description; car ils déterminent les mêmes troubles fonctionnels, et ne peuvent pas toujours être distingués l'un de l'autre pendant la vie.

Historique. — L'anémie, confondue par les anciens avec diverses lésions organiques sous le terme générique de *cachexie*, n'a guère été décrite comme maladie spéciale que vers le milieu du siècle dernier par Lieutaud, dans sa *Médecine pratique*, puis dans des travaux publiés en Allemagne par Alberti (1), par Isenflamm (2) et en 1777 par Hoffinger (3); mais son histoire a été surtout tracée par nos contemporains. Il me suffira de citer ici les travaux originaux de Hallé (4), ceux de MM. Piorry (5), Marshall-Hall (6), Andral et Gavarret (7).

Divisions. — On a distingué l'anémie en idiopathique et en symptomatique, suivant que l'altération du sang constitue toute la maladie ou suivant qu'elle est elle-même le symptôme d'une autre altération. On a encore admis une anémie *générale* et une anémie *locale*. On voit un exemple de cette dernière dans la décoloration, l'état de flaccidité et de langueur que présentent les membres qui ont été longtemps enveloppés d'appareils.

Anatomie pathologique. — On trouve moins de sang qu'il ne convient dans le cadavre des sujets anémiques, ou s'il existe en quantité encore assez considérable, il est très séreux, d'un rose clair, et d'une densité moindre. Mais le caractère fondamental de l'anémie est, d'après MM. Andral et Gavarret, dans la diminution des globules, qui, de 127, moyenne normale,

(1) *De Anemiâ. Halæ*, 1732. (2) *De Anemiâ vera et spuria. Erlangæ*, 1764. (3) *De selectis medicamentis*, 1777. (4) *Journal de Corvisart*, t. IX, année 1813. (5) *Traité de médecine pratique*, n[os] de juillet et août 1835. (6) *Effets sur les pertes de sang*, *Archives de médecine*, année 1833. (7) *Essai d'hématologie*.

peuvent descendre à 60, 50, 27, et même 21. Cette altération est constante ; tandis que la fibrine, l'albumine et les autres principes solides du sang, qu'on a cru être pendant longtemps en proportion moindre, paraissent n'avoir subi aucune variation pathologique, d'après les récents travaux des auteurs que je viens de citer. Observons cependant que cela n'a lieu que dans les cas où l'anémie s'est développée lentement. Lorsqu'au contraire celle-ci est rapidement produite par des hémorrhagies ou par des saignées immodérées, il est commun de constater avec la diminution des globules une diminution également considérable dans la quantité de fibrine. Le sérum augmente alors dans la même proportion que les globules diminuent ; il peut, en effet, de 790, moyenne normale, atteindre le chiffre de 915. Il est plus aqueux que de coutume, et contient moins de sels solubles. M. Marshall-Hall a vu quelquefois surnager à sa surface une substance semblable à de la crème, substance que Prout a reconnu être de la matière grasse : ce serait, d'après M. Hall, la graisse même des sujets que l'absorption aurait transportée dans le torrent circulatoire. Le sang retiré du vivant de l'individu se concrète ordinairement en un caillot dense, fortement revenu sur lui-même, nageant dans une grande quantité de sérum incolore, et recouvert souvent d'une couenne aussi épaisse que s'il existait une pleurésie ou un rhumatisme. La présence de la couenne sur le sang des sujets anémiques, sans qu'il existe pourtant d'inflammation nulle part, est une circonstance remarquable, que Borsieri avait signalée, mais sur laquelle M. Andral a plus particulièrement insisté. La formation de la couenne, en apparence si insolite, s'explique naturellement par la constitution même des éléments du sang. Nous avons vu, en effet, que dans l'anémie il y a diminution des globules, tandis que la fibrine reste dans sa proportion normale, c'est-à-dire qu'il y a excès de fibrine par rapport aux globules ; or, toutes les fois, comme le dit M. Andral, que cet excès a lieu, qu'il soit relatif ou absolu, et que la coagulation de la fibrine n'est pas trop rapide, on verra ce principe s'accumuler seul à la surface du caillot, et la couenne apparaître. Voilà pourquoi le sang des anémiques peut être couenneux, tandis que celui des sujets pléthoriques ne l'est pas ; voilà pourquoi aussi, chez les premiers, le caillot est plus ferme et plus dense que chez les seconds.

Lorsque l'anémie dure depuis longtemps, le cœur et les vaisseaux sont revenus sur eux-mêmes ; tous les tissus sont flasques, décolorés, exsangues ; les poumons, légers et crépitants, ne sont point engoués à leur partie postérieure ; enfin un peu de sérosité infiltre souvent le tissu cellulaire des membres, et s'épanche même parfois dans les principales cavités séreuses. Disons toutefois que ces infiltrations et ces épanchements sont très peu considérables.

Symptômes. — Les sujets anémiques ont les chairs flasques ; leur peau est pâle, blafarde, ou plutôt elle a la couleur jaunâtre de la cire blanche qui a vieilli. La conjonctive, la muqueuse de la bouche et celle des parties génitales, sont également décolorées ; on n'y reconnaît aucune ramification capillaire ; les veines sous-cutanées sont affaissées, presque vides ; souvent

on ne les distingue plus, ou bien leur trajet se dessine à peine par une nuance violette extrêmement pâle. Les individus dont nous parlons sont sensibles au froid, ils ont le pouls généralement faible, quelquefois dur, toujours fréquent ; ils sont oppressés dès qu'ils marchent ; ils éprouvent des palpitations et tombent souvent en syncope. La percussion indique que le cœur a son volume normal, ou qu'il est plus petit. En consultant ses bruits, on les trouve quelquefois clairs et éclatants ; l'impulsion de l'organe est vive parfois, mais le plus souvent elle est faible, et s'accompagne fréquemment d'un bruit de souffle qui existe presque toujours *au premier temps*. L'auscultation médiate des principaux vaisseaux donne des résultats plus importants et plus curieux encore; l'oreille perçoit, en effet, plusieurs espèces de bruit. Souvent c'est un bruit de souffle doux, unique, intermittent, comme la diastole artérielle à laquelle il correspond ; on peut l'entendre dans la plupart des artères volumineuses, mais il existe surtout dans les crurales, et plus encore dans les carotides, spécialement dans la droite. Il est en général permanent, mais il peut cesser de temps en temps pour se reproduire à l'occasion de toutes les causes qui excitent la circulation. Outre ce bruit, qui se passe manifestement dans les vaisseaux artériels, on perçoit encore dans l'anémie quelques autres bruits dont le siége serait, dit-on, différent. Ainsi, en appliquant le stéthoscope dans le triangle sus-claviculaire, et en ayant soin que le cou du malade soit tendu et tenu droit, le menton relevé et la face tournée du côté opposé, on perçoit souvent un bruit de souffle *continu* que Laënnec a comparé avec bonheur au murmure de la mer, ou à celui qu'on entend lorsqu'on approche de l'oreille un gros coquillage univalve. D'un timbre variable, tantôt sourd, souvent sonore, il devient parfois aigu, et se transforme même en un bruit musical, ou en une espèce de chant monotone roulant sur deux ou trois notes plus ou moins soutenues (Barth et Roger) ; c'est le phénomène connu depuis Laënnec sous le nom impropre de *chant des artères* ou *chant modulé*. Il a plus ou moins d'intensité, il se suspend et se reproduit d'un instant à l'autre. Le bruit dont nous parlons est une simple modification du murmure continu.

Le murmure continu existe rarement seul ; le plus souvent, en effet, il coexiste avec le souffle intermittent dont nous avons parlé en premier lieu. On entend alors un bruit de souffle continu plus faible, un peu sourd, qui est renforcé de temps en temps par un autre bruit plus fort, isochrone à la diastole artérielle. C'est la réunion de ces deux bruits qui constitue le phénomène connu en auscultation sous les noms de *souffle continu à double courant*, ou *bruit de diable*, parce que, dans son degré le plus élevé, il rappelle, par le ronflement qui le caractérise, le bruit particulier que fait entendre, lorsqu'il est en mouvement, le jouet d'enfant que l'on appelle *diable*. Cette comparaison, qui appartient à M. Bouillaud, est de la plus grande exactitude. Ce bruit, d'ailleurs, offre une foule de nuances, il peut subir toutes les modifications du murmure simple ; comme celui-ci, il est plus fréquent à droite qu'à gauche (1).

(1) Jusque dans ces dernières années on avait placé dans les artères le siége du bruit de souffle continu ; mais, en 1837, le docteur Ward (*Gaz. méd. de Londres*),

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de donner une théorie satisfaisante des bruits dont nous venons de parler. Il est bien certain qu'ils ne se lient à aucun des états anatomiques du système vasculaire qu'on avait supposés. On sait, en effet, que les uns, avec M. Vernois, ont supposé que, dans l'anémie, les vaisseaux revenant sur eux-mêmes, il se formait à leur face interne des plis qui constituaient tout autant d'obstacles pour le sang; d'autres ont prétendu, avec tout aussi peu de fondement, que la diminution du calibre des vaisseaux tenait à une infiltration séreuse du tissu cellulaire situé entre les deux tuniques internes, surtout au niveau des éperons. Enfin le rétrécissement est attribué par quelques uns à un spasme du tissu artériel. Ce sont là tout autant d'idées hypothétiques. D'autres médecins ont prétendu trouver l'explication des bruits dont nous parlons dans une altération du sang: ainsi, pour M. Beau, l'anémie ou la chlorose étant une pléthore aqueuse, les bruits résulteraient du frottement déterminé par l'excès du liquide; pour M. de La Harpe, au contraire (*Archives de* 1838), le frottement du sang contre les parois artérielles serait étranger à la production des bruits morbides, mais ceux-ci résulteraient plutôt d'oscillations sonores produites par les molécules sanguines dans les cas où le fluide circulatoire a moins de densité et lorsqu'il est animé d'un mouvement plus rapide. Quoi qu'il en soit, si on ignore le mécanisme de leur production, on sait, à n'en pas douter, que les phénomènes dont nous parlons sont l'expression d'une altération du fluide sanguin consistant dans la diminution des globules. M. Andral a trouvé, par exemple, que les bruits ne manquent jamais dans les cas où l'élément globulaire était tombé au-dessous de 80, tandis qu'au-dessus de ce chiffre le bruit de souffle peut bien se produire, mais il cesse alors d'être constant.

et, deux ans après, Hope dans son ouvrage, établirent que le phénomène se passait uniquement dans les veines jugulaires interne et externe. M. Aran, dans un bon travail publié en 1843 dans les *Archives*, a défendu cette théorie d'une manière remarquable et presque convaincante. Ainsi il a établi que lorsque le bruit était superficiel et paraissait se passer dans la jugulaire externe, il suffisait de presser légèrement la veine avec le doigt au-dessus du stéthoscope pour faire cesser le murmure à l'instant, et qu'on le faisait ainsi paraître et disparaître à volonté en relevant ou en abaissant le doigt. Il ajoute que si le bruit plus profond se passe dans la jugulaire interne, il suffit de placer légèrement l'index sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, au-dessus de la partie moyenne du cou, sur le trajet de la veine jugulaire interne, située là assez superficiellement, pour faire cesser à l'instant le murmure continu. Si dans ce cas il y a un souffle à double courant, la pression faite comme je l'indique supprime le souffle qu'on dit appartenir aux veines, c'est-à-dire le souffle continu, tandis que le souffle intermittent qui se passe sans nul doute dans l'artère persiste seul. M. Beau a dans ces derniers temps contesté ces résultats, et soutenu avec talent (*Archives de* 1845) l'ancienne théorie qui veut que tous les bruits dont nous parlons soient essentiellement artériels. Nous nous rangeons aussi à cet avis, car ayant, dans ces dernières années, étudié cette question chez un grand nombre de malades, nous nous sommes convaincu que toute interruption de la circulation dans la jugulaire par la compression, non seulement ne faisait pas disparaître le souffle continu, mais que souvent elle le rendait plus bruyant. Dans presque tous les cas, cependant, le bruit morbide n'était point modifié.

Les sujets anémiques présentent presque constamment des troubles variés du côté des fonctions digestives : ainsi ils ont de l'anorexie, des appétits bizarres, des douleurs gastralgiques, leurs digestions sont pénibles, il y a ordinairement de la constipation; les urines, ainsi que M. Becquerel l'a constaté, sont pâles et ont peu de densité, par suite de la diminution des matières solides tenues en dissolution dans ce liquide. La plupart accusent de la céphalalgie, et de temps en temps diverses douleurs névralgiques, qui siègent ordinairement aux tempes et à la face (névralgie faciale), à l'estomac (gastralgie), ou dans les parois thoraciques (névralgie intercostale), quelquefois dans les membres, comme Hoffinger l'observa chez les mineurs de Schemnitz. Les anémiques éprouvent souvent des vertiges, des bourdonnements d'oreilles; ils sont paresseux, nonchalants, incapables d'aucun travail intellectuel; quelques uns deviennent amaurotiques; d'autres ont des visions bizarres, des hallucinations et du délire. Ils ne peuvent supporter le moindre exercice; leurs yeux sont languissants, cernés; la face est bouffie; enfin, à une période avancée, les extrémités s'infiltrent, et de la sérosité s'épanche dans les principales cavités séreuses. Cependant, malgré l'appauvrissement du sang, le corps conserve sa température normale (Andral). Dans l'un et l'autre sexe, les organes génitaux participent ordinairement à l'atonie de tout le système. Chez la femme, les règles sont peu abondantes, difficiles, douloureuses, ou même complétement suspendues, et remplacées presque toujours par de la leucorrhée; chez d'autres, au contraire, l'écoulement menstruel est plus abondant que de coutume; chaque époque est même marquée par une véritable métrorrhagie ou par une hémorrhagie supplémentaire, comme une épistaxis. Ces écoulements, qui aggravent toujours l'état des malades, ont le caractère passif.

Marche, durée, terminaisons. — La pâleur, la langueur et les troubles cardiaques sont généralement les premiers symptômes de l'anémie : cependant on a vu quelquefois la maladie être marquée à son début par des troubles intestinaux, comme coliques vives ou diarrhée (épidémie d'Anzin), ou par des douleurs excessives dans les membres ou les lombes (épidémie de Schemnitz de 1777).

L'anémie suit une marche plus ou moins rapide, suivant la cause qui l'a développée. Lorsqu'elle est produite par une hémorrhagie abondante qui désemplit soudainement le système sanguin, son début est nécessairement brusque, et elle arrive aussitôt à son summum d'intensité. Si, au contraire, elle est l'effet d'une ou plusieurs causes qui agissent lentement, elle a le développement et la marche d'une maladie chronique. Dans le premier cas, sa durée peut être excessivement courte; dans le second, elle peut se prolonger pendant des mois et même des années entières. La convalescence des malades est toujours longue. L'anémie est très sujette à récidiver. On dit que, lorsqu'elle se prolonge, elle favorise le développement des scrofules et des tubercules; mais on ne sait encore rien de précis à cet égard.

L'anémie peut se terminer par la mort : quelques malades meurent de

syncope; d'autres sont emportés au milieu de mouvements convulsifs, accident très fréquent chez les sujets exsangues; quelques uns s'éteignent paisiblement; enfin, il y en a qui meurent d'une maladie intercurrente peu grave, et à laquelle ils eussent certainement résisté s'ils avaient eu plus de sang.

Diagnostic. — L'anémie offre des caractères tellement tranchés, qu'il est impossible de la confondre avec aucune autre affection. Nous n'avons point à nous occuper ici de son diagnostic différentiel d'avec la chlorose; car nous prouverons bientôt que celle-ci ne diffère point de l'anémie, et qu'elle n'en constitue tout au plus qu'une variété. L'anémie et l'hydrohémie déterminent la même pâleur des tissus et les mêmes troubles fonctionnels : cependant on a prétendu qu'on pourrait distinguer ces deux états l'un de l'autre par le pouls, qui serait mou, faible, dans l'anémie; résistant et quelquefois dur dans l'hydrohémie. Dans celle-ci, les veines sont saillantes; dans la première, elles sont affaissées et ont disparu. Toutefois ces caractères distinctifs appartiennent plutôt à deux degrés différents d'une même maladie qu'à deux affections distinctes. D'ailleurs, qu'il y ait anémie ou hydrohémie, les troubles fonctionnels et le traitement ne varient pas. Mais le pronostic peut-être devrait offrir plus de gravité dans la première que dans la seconde.

Les accidents cardiaques que présentent si constamment les sujets anémiques pourraient en imposer et faire croire à une lésion organique du cœur. Cette méprise est souvent commise; il importe d'autant plus de l'éviter, que le pronostic et le traitement sont très différents dans les deux cas. L'état de décoloration et la couleur jaune-cire de la peau, le petit volume du cœur, mesuré par la percussion, les bruits artériels, les troubles digestifs et les accidents nerveux si variés et si nombreux qu'on observe, permettront toujours d'établir qu'il y a anémie. Celle-ci cependant peut coexister avec une lésion organique du cœur. Ce cas se rencontre même assez souvent dans la pratique. On redoutera cette grave complication, si la matité est très étendue, s'il existe un bruit de souffle aux deux temps ou au second seulement. Cependant il est quelquefois prudent de suspendre le diagnostic jusqu'à ce que, par un traitement rationnel, on ait fait disparaître les symptômes qui appartiennent à l'anémie.

Quoique l'anémie soit l'opposé de la pléthore, il arrive quelquefois pourtant que ces deux états sont confondus. Il n'est pas rare, en effet, de voir des sujets qui présentent déjà à un haut degré la diminution des globules et la plupart des accidents nerveux de l'anémie, et qui, cependant, loin d'être pâles et d'avoir le teint couleur de cire, ont, au contraire, les joues colorées, injectées, et un aspect extérieur qui pourrait plutôt les faire croire pléthoriques. Cependant, si on considère la nature des accidents qu'ils éprouvent, accidents qui ne ressemblent nullement à ceux de la pléthore, mais bien à ceux de l'anémie, si on considère que la saignée, qui les diminue, il est vrai, quelquefois, les aggrave cependant le plus souvent, on ne tardera pas à être éclairé sur la véritable nature de la maladie.

Cette erreur pourtant est généralement commise tous les jours, surtout chez les femmes grosses. On sait qu'à une certaine époque de la gestation beaucoup de femmes éprouvent des palpitations, des étouffements, des vertiges, des douleurs diverses; ces accidents sont généralement rapportées à la pléthore, cependant, dans un grand nombre de cas, ils se lient plutôt ou à un état franchement anémique, ou plus souvent encore à l'hydrohémie. Dans ce dernier cas, le volume du sang est plutôt augmenté que diminué, aussi la saignée soulage-t-elle pour quelques instants; mais les accidents ne tardent pas à reparaître avec plus d'intensité, et on ne les fait cesser d'une manière définitive qu'en administrant des ferrugineux. Dans ces cas, si on fait attention à la décoloration des téguments, aux bruits cardiaques et artériels, ainsi qu'aux autres troubles nerveux, il sera impossible de faire erreur et de croire à autre chose qu'à une chlorose.

Enfin, le point le plus obscur du diagnostic consiste à rechercher si l'anémie est idiopathique ou symptomatique de quelque altération viscérale; on y parviendra par l'étude de toutes les fonctions, par l'exploration de tous les organes, ainsi que par le mode de succession et par la marche de tous les symptômes.

Pronostic. — Si l'anémie n'est pas produite et entretenue par une maladie incurable, son pronostic n'offrira rien de grave, à l'exception pourtant des cas où la faiblesse est excessive et où les syncopes sont fréquentes.

Causes. — L'anémie affecte surtout les jeunes sujets, les femmes et les filles plus fréquemment que les hommes; les individus lymphatiques y sont plutôt prédisposés que ceux appartenant aux autres tempéraments. La maladie est souvent l'effet de causes débilitantes, telles que des peines morales, une alimentation grossière insuffisante, un séjour prolongé dans des lieux bas, humides, non aérés et privés de lumière. Ce sont ces conditions réunies qui expliquent le développement de la maladie sur un grand nombre d'individus à la fois; c'est ce qu'on a vu au commencement de ce siècle chez les mineurs d'Anzin, et dans le siècle dernier chez ceux de Schemnitz en Hongrie. Les hémorrhagies traumatiques ou spontanées sont les causes les plus directes de l'anémie. Celle-ci est surtout la suite des hémorrhagies intestinales, des gastrorrhagies et des métrorrhagies. L'abus des saignées dans le traitement des maladies et une diète prolongée ont souvent produit le même effet.

Nous avons dit que l'anémie pouvait dépendre de maladies organiques; c'est ainsi que des lésions viscérales graves, spécialement les tubercules pulmonaires et intestinaux, la maladie de Bright, la cirrhose, certains cancers, par suite de la modification profonde qu'ils impriment à la nutrition, peuvent commencer par produire l'anémie. Il en est de même des fièvres intermittentes prolongées, de la syphilis constitutionnelle et de la cachexie saturnine.

Traitement. — Pour traiter convenablement l'anémie, il faut commencer par éloigner les causes qui ont déterminé la maladie. Ainsi existe-t-il une hémorrhagie, il faut s'en rendre maître aussitôt; et si l'anémie dépend des

mauvaises conditions hygiéniques, il faut changer celles-ci. On s'occupera ensuite de réparer le sang, d'augmenter sa masse et la proportion de ses principes vivifiants. On y parviendra par l'emploi d'un régime analeptique, qu'on devra graduer et proportionner aux forces de l'estomac. Les malades habiteront un lieu sec, aéré, exposé au soleil. Les fonctions de la peau seront excitées par le massage, par les frictions sèches, aromatiques, par les bains de mer, par les bains sulfureux et ferrugineux. On a conseillé aussi l'usage à l'intérieur de plusieurs médicaments, tous pris dans la classe des toniques, tels que le quinquina, la gentiane, la gomme-kino, l'écorce de chêne, les vins généreux. Mais les préparations ferrugineuses sont, après le régime, le moyen le plus efficace pour combattre l'anémie. On emploie surtout la limaille, le sous-carbonate ou le lactate. Dans ces derniers temps, on a beaucoup vanté les pilules de Vallet, qui ne sont autre qu'un mélange de : sulfate de fer cristallisé pur 500 grammes, carbonate de soude 580 grammes, miel 300 grammes, sirop de sucre quantité suffisante ; on fait des pilules de 2 décigrammes, et on en prend de 2 à 10 par jour. Beaucoup préfèrent les pilules du docteur Blaud, formées par un mélange par parties égales de sulfate de fer et de sous-carbonate de potasse (ana. 10 grammes, gomme adragant quantité suffisante ; diviser en 50 pilules; en prendre de 1 à 30 par jour). Toutes ces préparations peuvent être employées à peu près indifféremment et avec un succès peu différent.

Les ferrugineux ne remédient pas seulement à l'état anémique, mais ils constituent encore le traitement le plus efficace à opposer aux accidents nerveux, notamment aux douleurs névralgiques de la tête et aux crampes d'estomac. Les hémorrhagies passives qui surviennent quelquefois pourront bien indiquer l'emploi momentané de quelques autres agents; mais les ferrugineux peuvent seuls en prévenir le retour, en remédiant à l'état du sang qui les produit. Il faut, autant que faire se pourra, ne pas saigner les sujets anémiques; on s'en abstiendra surtout pour combattre les accidents dépendants de l'anémie elle-même ; et si quelque phlegmasie grave venait à en indiquer l'emploi, on devrait le faire avec mesure, et en proportion avec les forces du sujet.

DE LA CHLOROSE.

SYNONYMIE. — Pâles couleurs, chloro-anémie ; *morbus virgineus* ou *morbus virginum ; febris alba.*

Il résulte des recherches historiques de M. le docteur Hoefer, consignées dans sa thèse (Paris, 1840), que depuis Hippocrate jusqu'au XVIe siècle la chlorose n'avait reçu aucun nom spécial. Les Grecs, les Latins, les Arabes et les médecins du moyen âge ont décrit, à l'occasion de la suppression des règles, tous les symptômes propres à la chlorose, à l'exception du bruit carotidien. C'est vers 1520-1530 que J. Lange donna le premier à la maladie le nom de *morbus virgineus*. Elle figura dès lors comme une maladie distincte, et vers l'an 1600 elle reçut de Varandé le nom de *chlorose*, qu'elle porte encore aujourd'hui.

C'est à tort que la plupart des médecins considèrent encore la chlorose comme une affection distincte de l'anémie ; quant à nous, nous ne saurions voir entre elles aucune différence capitale. D'après tous les auteurs, en effet, on observe dans la chlorose la flaccidité des chairs, la pâleur verdâtre ou jaunâtre de la peau, qu'on a aussi comparée à la couleur de la cire blanche qui a vieilli. Il y a de l'essoufflement, des palpitations, un bruit de souffle à la région du cœur, un bruit de souffle simple ou musical, un ronflement ou un bruit du diable dans les artères principales ; le pouls est tantôt petit ; tantôt il est ample et dur, comme dans l'hydrohémie ; il y a des lipothymies et des syncopes. L'appétit est diminué ou perverti, dépravé ; il y a de la dyspepsie, des aigreurs, des douleurs de nature névralgique à la tête, aux tempes, à la poitrine ; l'estomac est surtout le siége de tiraillements et de crampes. Ces douleurs sont remarquables par leur mobilité et par leur siége inconstant. Les malades sont tristes, abattues, nonchalantes, et évitent toute espèce de mouvement. Enfin le sang présente dans sa constitution tous les changements que nous avons précédemment trouvés dans l'anémie.

Personne ne saurait méconnaître dans ce tableau les caractères de l'anémie, tels que nous les avons tracés tantôt : seulement, ayant fait de la chlorose une maladie spéciale à la femme, et affectant surtout les jeunes filles à peine nubiles, on a noté, comme étant à peu près constants, divers troubles utérins, tels qu'aménorrhée, dysménorrhée, écoulements leucorrhéiques. Cependant il n'est pas rare, dans les cas dont nous parlons, de trouver la menstruation parfaitement régulière, le sang perdu est seulement un peu plus pâle ; enfin, parfois, ainsi que nous l'avons déjà noté dans l'anémie, il existe de temps en temps des pertes utérines qui ont toujours pour effet d'augmenter l'état anémique. Ces troubles de la menstruation et ces écoulements blancs excitent ou augmentent les accidents nerveux que l'appauvrissement du sang déterminait déjà, et qui doivent être ici d'autant plus marqués que le sexe et la constitution y prédisposent davantage. Comme on le voit, il n'y a là rien qui soit caractéristique d'une affection distincte. Enfin, comme dernières preuves de l'identité des deux maladies, nous dirons que la chlorose marche, qu'elle se développe sous l'influence des mêmes conditions, et qu'elle exige le même traitement que l'anémie. Les préparations ferrugineuses sont, en effet, un spécifique pour celle-ci, comme elles le sont pour la première.

En résumé, il est incontestable pour nous que la chlorose n'est qu'une simple variété de l'anémie. Elle est donc essentiellement constituée, comme cette dernière, par un appauvrissement du sang, par la diminution de son élément globulaire. Ceux qui en ont fait une affection distincte, sans pouvoir pourtant établir son diagnostic différentiel d'avec l'anémie, ont cherché à prouver que la chlorose était un état morbide consécutif à des troubles de la menstruation ; mais des faits mieux observés ont démontré d'abord que ces accidents n'étaient pas constants, et que l'aménorrhée, la dysménorrhée, comme les écoulements blancs, loin d'être la cause des pâles couleurs, en étaient au contraire la conséquence. On conçoit, en effet, que

si le sang est appauvri et en quantité insuffisante, il cesse de se porter vers les organes génitaux aux époques accoutumées. La manifestation de la chlorose, consécutivement à un travail de la menstruation, comme le serait, par exemple, la suppression brusque des règles, ne prouverait rien contre l'opinion que je soutiens, car on peut voir la chlorose ou l'anémie survenir indifféremment après toute espèce d'état morbide. Nous ne croyons pas devoir discuter les autres hypothèses faites pour expliquer la nature de la chlorose, que les uns font dépendre d'une asthénie des organes génitaux (Roche), de celle du grand sympathique (Copland) ou des organes digestifs (Hoffmann); car aucune de ces théories ne s'appuie sur des données positives. Dans la chlorose, nous voyons tous les organes souffrir, toutes les fonctions languir ou être perverties, parce que le sang est moins abondant, et que ses principes stimulants ont diminué de proportion. C'est là la seule lésion matérielle qu'il nous soit permis de constater (1). Quant à la cause intime qui empêche la sanguification, elle nous échappe presque toujours, car elle est ordinairement tout organique. Les hypothèses précédentes, quoique sans fondement, ont pourtant exercé et exercent encore aujourd'hui une grande influence sur la pratique de beaucoup de médecins. Les uns, en effet, emploient les emménagogues et les applications de sangsues aux cuisses, pour rappeler les règles, dont la suppression leur paraît être la cause de la maladie. D'autres conseillent le mariage, pour réveiller l'activité des organes génitaux; quelques uns, à l'exemple d'Hamilton, donnent des drastiques. Mais aucun de ces moyens ne remédie au véritable mal, et plusieurs même l'aggravent; tels sont surtout les évacuants et les émissions sanguines, qui augmentent l'appauvrissement du sang. Quant au mariage, il ne peut être avantageux que lorsque la jeune fille, devenue chlorotique par suite d'un amour contrarié, est unie à l'objet aimé. On conviendra que, dans ce cas, la satisfaction du cœur doit influer bien plus sur le rétablissement que le rapprochement sexuel, lequel agit souvent comme débilitant plutôt que comme excitant.

Le fer, avons-nous dit, est, comme pour l'anémie simple, le médicament par excellence : cependant, en raison de la prédominance plus grande de l'état nerveux et des troubles plus marqués qui existent du côté de l'estomac dans les cas de chlorose, on doit s'astreindre à certaines règles. Ainsi, comme le conseille M. Trousseau, on doit employer préférablement au début les préparations de fer insolubles, telles que le carbonate et la limaille, à la dose d'abord de 10 ou 15 centigrammes, aux deux principaux repas; si le médicament est bien supporté, on arrive progressivement jusqu'à 1 et 2 grammes. Cette dose serait pourtant trop forte, et on ne devrait guère dépasser 40 à 50 centigrammes, s'il est vrai, comme l'a établi M. le professeur Corneliani, de Pavie, qu'il n'y a jamais que 25 à 30 centigrammes de fer absorbé, quelle que soit la quantité qu'on donne.

(1) M. Beau, au contraire, regarde la chlorose et l'anémie comme des *polyaimies*, c'est-à-dire des maladies avec surabondance de la masse sanguine. Je doute que, malgré tout son talent, M. Beau parvienne jamais à démontrer la réalité de cette proposition vraiment parodoxale.

On continue jusqu'à ce que tous les symptômes de la chlorose aient entièrement cessé. Mais comme cette maladie est très sujette à récidiver, il faut reprendre de temps en temps l'usage des martiaux pendant plusieurs semaines, de manière à assurer le plus possible une guérison définitive.

Divers accidents peuvent forcer cependant à apporter certaines modifications dans le traitement : ainsi, lorsque l'irritabilité de l'estomac est telle que les préparations de fer ne peuvent être supportées, ou bien encore lorsqu'elles causent la diarrhée, il faut les associer à un extrait amer, comme celui de gentiane, ou à une poudre aromatique, telle que celle de cannelle (1 gramme pour 2 de fer). Enfin, on pourra être obligé quelquefois de suspendre momentanément le fer et de combattre les accidents nerveux par l'usage de l'opium, du sous-nitrate de bismuth, du colombo, du diascordium; ces trois derniers seront donnés à la dose de 25 à 30 centigrammes avant le repas. Lorsque ces accidents sont calmés, on reprend l'usage des ferrugineux, en commençant par de petites doses. Beaucoup de malades sont constipés : on y remédiera par des lavements légèrement laxatifs, ou bien on donnera des pilules ferro-aloétiques, telles que M. Trousseau les formule, contenant, pour 75 centigrammes ou pour 1 ou 2 grammes de préparation ferrugineuse, 5 ou 10 centigrammes d'aloès. On préférera encore ici les sels solubles, citrate, tartrate ou perchlorure. Les pilules seront prises au moment du repas. L'usage de l'aloès serait contre-indiqué si la chlorose s'accompagnait de métrorrhagie ; on pourrait alors le remplacer par la rhubarbe ou par de la magnésie, que les malades prendraient le soir en se couchant. Cette dernière substance convient aussi beaucoup lorsqu'il y a pyrosis ; celui-ci est quelquefois cause que le fer est mal supporté. La chlorose, avons-nous dit, peut se compliquer de ménorrhagie ; cet accident, sur lequel M. Trousseau a le premier appelé l'attention d'une manière spéciale, ne peut fournir qu'une indication secondaire; l'indication principale, première, est donnée par l'état chlorotique. Si la ménorrhagie ne survenait qu'à l'époque des règles, il faudrait profiter de l'intervalle des deux époques pour prescrire les ferrugineux à haute dose; car le seul moyen de prévenir une nouvelle hémorrhagie c'est de rendre le sang plus riche en globules. Cependant, si l'écoulement sanguin était trop considérable, il faudrait chercher à le modérer par les moyens que nous ferons connaître plus tard (voyez *Ménorrhagie*). M. Trousseau croit (*Gaz. médic.* de 1843) l'usage du fer contre-indiqué dans la chlorose compliquée de tubercules pulmonaires; j'ignore sur quel ordre de faits ce professeur se fonde pour établir cette opinion, que je ne saurais partager. En effet, je n'ai jamais vu le fer nuire en pareil cas; il a, au contraire, été souvent utile, quelquefois il n'a produit aucun effet sensible ni en bien ni en mal.

Le fer, dans l'anémie et la chlorose, n'agit pas instantanément ; ce n'est en effet qu'après une ou deux semaines de son usage que les malades en éprouvent les premiers effets. M. Corneliani dit que ce n'est qu'après un mois de l'emploi du fer qu'on voit le sérum diminuer et le nombre des globules augmenter ; le sang n'a acquis les propriétés normales qu'après

deux mois de traitement. Le professeur de Pavie a prouvé expérimentalement que l'augmentation des globules tenait à l'usage du fer, et nullement à l'alimentation animalisée à laquelle on soumet en même temps les malades (*Annal. univ. de méd.* de 1843). Il a démontré également que le fer était transformé pendant la digestion en lactate, et cela d'autant plus activement que l'estomac des chlorotiques lui a paru contenir une plus grande proportion d'acide lactique que chez le commun des individus.

ANÉMIE DES ORGANES EN PARTICULIER.

Il est probable que de même que le sang afflue souvent vers les organes en plus grande abondance, il peut aussi s'y porter en quantité moins considérable qu'à l'état physiologique; de là résultent nécessairement des perturbations fonctionnelles. On sait, par exemple, que lorsque le sang cesse d'arriver au cerveau par suite d'un arrêt dans les contractions du cœur, il y a syncope, mort apparente. Mais cet état morbide ne peut trouver sa place ici; car l'anémie du cerveau étant l'effet d'une affection du cœur, nous réservons de nous en occuper en traitant des névroses de ce viscère. On a expliqué certaines dyspnées, celles des chlorotiques par exemple, par une anémie des poumons; mais rien ne justifie cette supposition. Dans l'état actuel de la science, nous ne savons absolument rien sur les anémies partielles : aussi nous abstiendrons-nous d'en parler davantage.

TROISIÈME CLASSE DE MALADIES.

DES INFLAMMATIONS.

DE L'INFLAMMATION EN GÉNÉRAL.

Les mots *inflammation*, *phlegmasie*, *phlogose*, sont des expressions métaphoriques (1) consacrées dans la science depuis un temps immémorial pour désigner un état morbide, le plus commun de tous, pouvant affecter presque tous les tissus vivants, et qui est caractérisé localement par la rougeur, la douleur, la chaleur et la tuméfaction d'une partie, dans laquelle se produit aussi presque toujours quelque modification importante du travail nutritif, et souvent une sécrétion anormale. Cette maladie, pour peu qu'elle soit étendue ou qu'elle affecte un organe essentiel, excite un appareil fébrile plus ou moins intense, et augmente alors constamment la fibrine du sang.

Phénomènes locaux de l'inflammation. — 1° *Rougeur.* La rougeur,

(1) Inflammation, de *inflammare*, soit à cause de la chaleur des parties (Van Swiéten), soit par suite de la ressemblance qu'on a trouvée entre cette maladie et les effets de la brûlure (Borsieri); — Phlegmasie, φλεγμασία (Hippocrate), de φλέγω, je brûle; — Phlogose, φλόγωσις (Galien), de φλόξ flamme.

qui forme un des caractères de l'inflammation, varie depuis le rose tendre jusqu'au pourpre le plus foncé, et même jusqu'au rouge bleuâtre et vineux. Elle est généralement d'autant plus intense que la phlegmasie est plus violente et que l'organe affecté est plus vasculaire. Bornée d'abord à un petit espace, elle devient ensuite plus ou moins diffuse, ou bien elle est disposée par plaques, par zones, par arborisations, ou sous forme d'un pointillé plus ou moins fin. La couleur rouge peut être également intense partout et cesser brusquement; mais le plus souvent, plus prononcée dans un point que dans les autres, elle va en diminuant peu à peu du centre à la périphérie jusqu'à ce que les parties reprennent leur coloration naturelle. L'inflammation affecte-t-elle un tissu membraneux, comme la peau ou une muqueuse, la pression du doigt fait momentanément cesser la rougeur; mais celle-ci reparaît presque aussitôt qu'on a cessé de presser. La rougeur, dans l'inflammation, s'explique par l'afflux plus considérable du sang; il en résulte une augmentation du volume des petits vaisseaux sanguins et l'accroissement du nombre de ceux qui deviennent perméables au liquide; c'est là un fait que Hunter a mis hors de doute dans son admirable *Traité de l'inflammation*. Ayant, en effet, sacrifié un lapin, après avoir fortement enflammé une de ses oreilles, Hunter injecta la tête de l'animal et s'assura, après dessiccation, que l'oreille qui n'avait pas été enflammée était transparente, et qu'on pouvait voir parfaitement les vaisseaux qui se ramifiaient dans sa substance, tandis que l'autre était épaissie, opaque, et avait des artères beaucoup plus considérables. Vogel, dans son *Anatomie pathologique*, a donné une idée de la quantité de sang qui engorge une partie enflammée, lorsqu'il a dit que les capillaires devenaient deux ou trois fois plus gros, et que le nombre des globules augmentait dans leur intérieur au point d'être huit à dix fois plus considérable que dans l'état normal.

2° *Douleur*. — La douleur qui accompagne l'inflammation varie depuis le plus léger accroissement de la sensibilité jusqu'aux souffrances les plus aiguës. Son caractère diffère beaucoup suivant les organes affectés. Ainsi, elle est généralement pongitive et très aiguë dans l'inflammation des séreuses, obtuse et gravative dans celle des parenchymes, moins vive dans l'inflammation des muqueuses que dans celle du tissu cellulaire, où elle a un caractère lancinant, ainsi que dans celle de la peau, où elle est remarquable par un mélange de brûlure et de prurit. Rarement intermittente, presque toujours continue, elle offre des exacerbations et des rémissions qui n'ont en général rien de régulier. Il n'y a aucun rapport entre la sensibilité normale d'une partie et la sensibilité morbide que celle-ci acquiert pendant qu'elle est enflammée. Il est même remarquable que des organes qui à l'état sain ne sont point sensibles ou le sont à peine, deviennent le siége des douleurs les plus violentes lorsqu'ils sont enflammés; c'est ce qu'on voit notamment pour les membranes séreuses. Les douleurs, dans l'inflammation, s'expliquent par la distension, par la pression ou par tout autre changement encore inconnu que les filets nerveux de la partie malade éprouvent. Indépendamment des douleurs propres à l'inflammation, les malades ressentent dans les parties affectées des battements artériels

plus violents que de coutume: mais il n'est pas vrai, ainsi qu'on l'a dit quelquefois, que ces pulsations soient plus nombreuses que les contractions du cœur. La force insolite des battements tient au plus grand volume de la colonne sanguine, et probablement aussi à une augmentation dans l'action propre des artères. Enfin, dans les phlegmasies, la sensibilité spéciale des organes phlogosés est en général plus ou moins entièrement abolie; c'est ainsi que dans le coryza le malade cesse de percevoir les odeurs. Ailleurs, au contraire, la sensibilité spéciale est très exaltée : ainsi, dans l'ophthalmie et surtout dans l'iritis et la rétinite, l'impression de la lumière réveille les douleurs les plus vives.

3° *Chaleur.*—Le malade éprouve dans les parties affectées le sentiment d'une chaleur que le médecin apprécie par le toucher, et qu'on mesure exactement par le thermomètre. Toutefois l'application de cet instrument n'a pas encore fourni des résultats bien uniformes. Je ne parlerai pas ici des expériences un peu contradictoires de Hunter, qui n'avait eu, il est vrai, en son pouvoir que des instruments grossiers; je fixerai seulement l'attention sur les résultats de MM. Andral et Gavarret, qui ont trouvé que la température des parties enflammées augmentait, mais qu'elle ne s'élevait point au-dessus de celle qu'ont les *parties profondes.* Ainsi un thermomètre appliqué alternativement sur un doigt affecté de panaris et dans l'aisselle s'élevait à la même hauteur, tandis que, mis comparativement sur le doigt malade et sur un doigt sain, on observait une chaleur plus grande dans le premier que dans le second. Les expériences de MM. Becquerel et Breschet tendraient également à faire croire à une élévation assez considérable de la température dans les parties phlogosées. C'est aussi un fait qui ressort des recherches très nombreuses que M. Roger a fait connaître en 1845 dans les *Archives.* Il est inutile de dire que lorsque l'inflammation a pour effet d'allumer la fièvre, la température générale s'accroît également; mais si les sujets sont rachitiques ou affaiblis par diverses causes, la température, d'après M. Roger, atteint bien rarement les maxima que l'on constate d'ordinaire dans des cas semblables chez des sujets plus robustes. Non seulement la température est plus ou moins accrue dans l'inflammation; mais Hunter a prouvé en outre par une expérience concluante que ce travail morbide communique à la partie qu'il affecte une grande puissance de calorification, et partant beaucoup de résistance au refroidissement. Cet illustre observateur, ayant en effet congelé l'oreille d'un lapin, y développa ensuite un travail inflammatoire; puis l'ayant soumise encore une fois à un froid aussi intense et aussi prolongé que dans la première expérience, il ne put parvenir à la congeler de nouveau. L'élévation de la température des parties enflammées, qui d'ailleurs n'est jamais aussi considérable que le feraient croire l'application de la main et les sensations éprouvées par le malade, s'explique plus naturellement par l'afflux du sang dans les parties affectées que par suite d'une action occulte de la force vitale. Nous ne dirons rien de l'état électrique des parties phlogosées, parce que les expériences qu'on a faites jusqu'à présent ne présentent encore aucun degré de certitude.

4° *Tuméfaction.* — La tuméfaction, peu marquée dans les tissus membraneux, comme la peau et la muqueuse, nulle même dans l'inflammation des séreuses, est considérable dans celle qui affecte le tissu cellulaire ou les organes parenchymateux; elle dépend d'abord de la plus grande quantité de sang que les parties enflammées contiennent, et plus tard de l'infiltration des tissus subjacents par de la sérosité et par une substance albumino-fibrineuse nommée *lymphe coagulable.*

5° *Modification du travail nutritif.* — Les organes enflammés augmentent de volume, comme nous venons de le dire ; ils sont plus lourds et plus durs au toucher à cause de l'infiltration et de l'épanchement de la lymphe coagulable dans les interstices et dans les mailles du tissu. Nonobstant cette dureté, cette résistance plus grande, le tissu est devenu plus cassant, plus friable, ou bien il est manifestement ramolli et plus ou moins désorganisé. Ce dernier effet est d'autant plus marqué et survient d'autant plus rapidement que l'organe contient moins de tissu cellulaire; c'est ce que nous verrons, par exemple, pour le cerveau.

6° *Sécrétions morbides.* — Le premier effet de l'inflammation des organes sécréteurs est de diminuer ou de suspendre leur sécrétion naturelle ; c'est ainsi que la peau, les muqueuses, les séreuses présentent un état de sécheresse fort remarquable au début des phlegmasies ; les reins cessent de sécréter l'urine, etc. Mais bientôt le travail de sécrétion ou d'exhalation se ranime et peut devenir excessif; ce sont alors tantôt les humeurs naturelles qui ont subi certains changements; le plus souvent ce sont des produits nouveaux, nés du travail inflammatoire : ainsi du sang ou quelques uns de ses éléments, comme la matière colorante ou la fibrine, peuvent être exhalés. Mais dans la plupart des phlegmasies il y a, comme nous l'avons vu, production d'une lymphe plastique, fibrino-albumineuse, qui se présente sous différents aspects suivant les tissus : ainsi, dans les séreuses, elle forme des masses floconneuses qui nagent dans une sérosité trouble; dans les muqueuses, elle se concrète sous forme de plaques membraneuses; enfin, épanchée dans l'épaisseur des parenchymes, elle en augmente l'épaisseur, la densité, et fait que, lorsqu'on incise ces parties, la surface de la section ressemble à celle d'un citron. Enfin, l'inflammation poursuit-elle sa marche, un autre liquide très important à connaître est produit : c'est le *pus*, dont nous parlerons bientôt.

De tous les phénomènes locaux que nous venons de passer en revue, il n'en est aucun, si ce n'est la productiom de la lymphe plastique et du pus, qui, pris isolément, puisse caractériser une inflammation, car chacun d'eux peut exister indépendamment de tout état phlegmasique. Pour terminer maintenant tout ce qui se rapporte aux phénomènes locaux de l'inflammation, nous allons faire connaître les résultats fournis par l'examen microscopique.

Expériences microscopiques. — Elles ont été entreprises d'abord par Wil. Philips (1), puis par Thomson (2), par Charles Hastings (3), par

(1) *A treatise of febreale diseases.* — *Traité de l'inflammation*, trad. de Jourdan et Boisseau. — (3) Voir *Archives de médecine*, 1825.

Kaltenbrunne (1), Koch (2), et récemment par M. Lebert (3) et par M. Dubois, d'Amiens (4). On s'accorde généralement à trouver au début des phlegmasies les phénomènes microscopiques que nous avons indiqués précédemment comme survenant dans toute congestion, c'est-à-dire contraction des capillaires et accélération des courants sanguins, puis et presque aussitôt après dilatation de ce même vaisseau et ralentissement, puis stase sanguine (p. 177). M. Dubois, qui a étudié cette question avec tout le soin quelle mérite, a reconnu pourtant que, dans une inflammation qui s'établit, il n'y a pas toujours, comme on l'avait prétendu, mais seulement quelquefois, accélération dans les courants capillaires. Mais quoi qu'il en soit, dans tous les cas, on voit ces courants éprouver un ralentissement de plus en plus manifeste; plus tard, enfin, on observe dans le mouvement circulatoire une rémittence plus ou moins marquée. Ainsi, au lieu d'une projection uniforme et continue, les globules sanguins avancent par saccades isochrones au mouvement du cœur, puis s'arrêtent un instant pour avancer de nouveau. Mais il arrive un moment où la colonne sanguine, ainsi que Kaltenbrunner l'avait parfaitement établi déjà, éprouve des mouvements d'oscillation ou de va-et-vient isochrones à la systole et à la diastole ; néanmoins même à cette période le sang continue encore à avancer, mais bientôt les oscillations deviennent de moins en moins perceptibles, puis tout mouvement cesse dans cette partie du système capillaire où les globules s'accumulent et se tassent. Ces résultats, à l'aide desquels on s'élève facilement à une théorie de l'inflammation, s'obtiennent en plaçant sous un microscope le mésentère ou la membrane interdigitale d'une grenouille qu'on irrite avec l'ammoniaque, le sel, l'eau bouillante, etc. Ils sont opposés à ceux qu'a déduits de ses expériences M. Robert Latour, qui a essayé de prouver, mais à tort suivant nous, que l'inflammation ne pouvait se développer sur les animaux à sang froid. Quoi qu'il en soit, c'est lorsque le sang est ralenti dans son cours, et qu'il est dans un état de stagnation, que s'accomplit dans les mailles des tissus, ou à la surface des séreuses, l'exsudation de sérum et de lymphe plastique dont nous avons parlé plus haut, et qui est le dernier degré, l'expression la plus complète du travail phlegmasique.

L'inspection microscopique révèle encore, dans les parties malades, la formation de vaisseaux nouveaux. Kaltenbrunner a surtout étudié avec soin leur mode de développement. D'après cet observateur, on verrait, lorsque la circulation est accélérée, des globules de sang sortir tout d'un coup d'un canal capillaire, tomber dans le parenchyme environnant, s'y frayer un chemin et arriver à quelque autre canal capillaire. La formation de ce nouveau conduit se fait souvent en peu d'instants; ce phénomène, se répétant sur plusieurs points, finit bientôt par donner lieu à un riche réseau de capillaires nouveaux.

Symptômes généraux et sympathiques de l'inflammation. — L'inflam-

(1) *Répertoire d'anat. et de physiol.*, de Breschet, t. IV. — (2) *Ext. dans Archives de* 1833. — (3) *Physiologie pathologique*, t. 1er. — (4) *Préleçons de pathologie expérimentale.*

mation, pour peu qu'elle soit intense ou étendue, excite un mouvement fébrile qui offre des caractères très variés dans les divers genres de phlegmasies, ainsi qu'on s'en convaincra par la suite. L'appareil fébrile précède dans quelques cas l'altération locale ; c'est ce qui arrive, par exemple, pour quelques érysipèles et quelques angines; mais presque toujours la fièvre naît consécutivement à la lésion locale, d'autres fois enfin il y a simultanéité ; c'est ce qui a communément lieu pour les inflammations des séreuses et du poumon. Indépendamment des troubles fonctionnels qui accompagnent tout mouvement fébrile, on pourra également en observer quelques uns de spéciaux et qui dépendent de l'influence sympathique exercée sur telle ou telle partie par l'organe enflammé. L'état dynamique dans l'inflammation varie et mérite de fixer l'attention. Ainsi les forces sont tantôt excitées et tantôt elles sont anéanties; dans le premier cas, on observe l'appareil de symptômes propres à la fièvre inflammatoire ; dans le second, les malades tombent dans l'état de faiblesse et de prostration qui accompagne l'affection typhoïde. Cette distinction est importante, sans contredit, pour le traitement, mais il ne faudrait pas croire pourtant que la maladie est pour cela changée de nature. C'est toujours, en effet, une inflammation ; mais par l'effet de quelque complication ou d'un état antérieur du sujet, elle se présente avec une physionomie spéciale, escortée de symptômes particuliers.

État du sang. — Hunter, Thomson, Scudamore, Thackrah, et plusieurs autres auteurs, avaient signalé depuis longtemps que dans l'inflammation la quantité de fibrine du sang devenait plus considérable. Mais ce fait important était presque oublié lorsque MM. Andral et Gavarret l'ont de nouveau mis en lumière. Ces professeurs ont reconnu en effet, après de nombreuses expériences, que toute inflammation aiguë et accompagnée de fièvre avait pour effet constant d'augmenter la proportion de fibrine du sang. Ainsi ce principe, qui, comme nous l'avons déjà dit, ne s'élève pas à plus de 3 parties sur 1,000 dans le sang normal, peut, dans les cas d'inflammation, monter à 5, 7, 9, et même jusqu'à 10; il oscille ordinairement entre 6 et 8, et dépasse rarement 9; mais le chiffre le plus inférieur de l'état phlegmasique ne serait pas au-dessous de 4. Cet accroissement de la fibrine, qu'on retrouve constamment dans les phlegmasies qui frappent l'homme et les animaux des classes supérieures, a lieu indépendamment de toutes conditions d'âge, de sexe, de constitution, de tempérament, de force. Elle est généralement en rapport avec l'intensité des symptômes généraux et locaux; elle paraît avoir lieu, du moins dans la plupart des cas, consécutivement à l'altération locale; car MM. Andral et Gavarret ayant examiné le sang d'individus qui contractèrent une inflammation un jour seulement après avoir analysé leur sang, ont trouvé que ce liquide, qui n'était pas altéré à la première saignée, offrait à la seconde, pratiquée peu d'heures après l'invasion de la phlegmasie, une notable augmentation de la fibrine. L'élément globulaire du sang ne subit, par contre, aucun changement pendant le cours des phlegmasies; parfois pourtant il diminue, ce qui s'explique par le traitement débilitant auquel on soumet les

malades. L'albumine, enfin, augmente quelquefois dans les phlegmasies, mais cela n'a pas nécessairement lieu. Les résultats obtenus par MM. Becquerel et Rodier ne diffèrent guère des précédents. Ces habiles expérimentateurs ont, en effet, constaté l'augmentation de la fibrine, et la diminution des globules après l'emploi des débilitants; ils signalent seulement, comme un fait nouveau, l'augmentation de la cholestérine, qui est quelquefois doublée, et la diminution de l'albumine, les autres principes restant les mêmes. (*Gazette médicale de* 1844.) Les résultats que nous venons de faire connaître sont à peu près les mêmes chez tous les sujets, qu'ils soient vigoureux ou qu'ils soient débilités. Chez ces derniers on admet seulement que le chiffre des globules est très diminué, ce qui tient, non pas à l'inflammation existante, mais à l'état constitutionnel antérieur. L'accroissement de la fibrine est, de toutes les altérations que nous venons de signaler, la plus remarquable et sans contredit la plus constante ; on pourrait peut-être expliquer par elle ces troubles variés de l'organisme, consécutifs à l'altération locale, et qu'on attribue généralement à des irradiations sympathiques. Cet excès de fibrine par rapport aux globules explique aussi les propriétés physiques que présente dans les inflammations le sang qu'on a extrait d'une veine : ainsi, tandis que nous avons vu dans les pyrexies le caillot être volumineux, mou, incomplétement séparé du sérum ; ici, nous le trouvons au contraire rétracté, plus consistant, dense, et recouvert d'une couenne assez épaisse, pourvu toutefois que le sang ait coulé convenablement. La couenne a une grande valeur séméiologique. Il résulte, en effet, des recherches de M. Andral que sur 1,800 saignées qu'il a fait pratiquer dans le cours des affections les plus diverses, il n'a trouvé la couenne que dans deux états morbides, dans les phlegmasies, où elle est constante, et dans l'anémie et la chlorose, où, comme nous l'avons déjà vu (p. 196), on la rencontre fréquemment (1). Il suit de ce qui précède que si la couenne n'est pas d'une manière absolue un signe certain d'inflammation, elle n'en constitue pas moins un caractère excellent pour dénoter l'existence de cet état morbide, puisque, si le sujet n'est point anémique, on doit admettre, quand elle existe, qu'il y a quelque part un travail inflammatoire. Cependant l'absence de la couenne sur le caillot ne devrait pas porter à croire que le malade n'est atteint d'aucune phlegmasie, attendu que la couenne, dans les inflammations les plus vives, peut ne pas se former par suite de plusieurs circonstances fortuites, comme lorsque la saignée a mal coulé ou a coulé par un jet trop fin, ou bien lorsque le sang est tombé de trop haut, ou bien encore lorsque le vase

(1) On a aussi noté depuis longtemps la fréquence de la couenne sur le sang des femmes enceintes. Cependant, ainsi que Rasori l'a vu, ce phénomène n'est pas aussi commun qu'on le croit. Les recherches récentes de MM. Andral et Gavarret ont, en outre, prouvé que la formation de la couenne dans l'état de grossesse tenait à une augmentation de la fibrine, qui, conservant d'abord la moyenne physiologique, et quelquefois lui étant inférieure, s'accroît dans les trois derniers mois, et atteint à l'époque de l'accouchement le chiffre de 4,3. L'état couenneux du sang chez beaucoup de femmes grosses se lie à un état chlorotique.

est trop étroit et trop profond. Ces circonstances font que chaque molécule de sang se concrétant isolément, la fibrine n'a pas le temps de se séparer des globules et de se coaguler au-dessus d'eux pour constituer la couenne, dont la nature fibrineuse est également démontrée et par l'analyse chimique et par l'examen microscopique.

La production spontanée d'un excès de fibrine dans le sang est, ainsi que l'a prouvé M. Andral, indépendante des divers états dans lesquels peut se trouver l'économie chez les individus atteints de phlegmasie aiguë ; ainsi nous avons vu qu'elle pouvait survenir même dans l'affection typhoïde, c'est-à-dire dans une maladie qui, à l'inverse de l'inflammation, tend à diminuer la proportion de la fibrine. Mais comme, dans ces cas, il y a action de deux forces contraires, il s'ensuit que la phlegmasie intercurrente ne produit jamais une élévation aussi considérable de l'élément fibrineux que si l'inflammmation était survenue en dehors de l'état typhoïde. Dans ces cas, en effet, M. Andral n'a jamais trouvé son maximum plus élevé que 5/2, qui est un des chiffres inférieurs de l'état phlegmasique. L'excès de fibrine dans le sang persiste pendant un temps variable ; on le constate généralement pendant toute la durée de l'état fébrile, à moins pourtant que la maladie résistant pendant longtemps n'amène un grand degré de marasme. Dans un cas pareil, M. Andral a vu la fibrine, d'abord augmentée, revenir plus tard à son chiffre normal.

Le sang ne paraît subir aucun changement notable dans les parties enflammées ; c'est du moins ce que Hunter a établi expérimentalement. Peut-être est-il un peu plus rouge que celui qui circule dans une partie saine, ce qui provient sans doute de la plus grande proportion de sang artériel contenu dans les capillaires de la première.

État de la lymphe. — M. le professeur Bouisson a établi, dans un mémoire lu en 1845 à l'Académie de médecine, que, lorsqu'une inflammation atteint un de nos organes, la lymphe qui circule dans la partie malade subit d'importantes modifications. Ainsi ce fluide admet d'abord de la matière colorante rouge ; il se charge d'une plus grande proportion de fibrine et devient plus abondant. De là l'augmentation des ganglions auxquels aboutit la lymphe ; de là encore les dépôts plastiques qui s'opèrent dans les voies que parcourt le liquide ainsi altéré.

Marche des inflammations, mode de terminaison. — Les symptômes locaux et généraux de l'inflammation ont, comme dans toutes les maladies, leur période d'accroissement, d'état et de relâche, périodes qu'on distingue à l'aide des symptômes généraux et locaux ; car, dans la plupart des cas, il y a corrélation intime entre les uns et les autres. En règle générale, on doit plutôt juger de l'intensité et de la marche des phlegmasies d'après les symptômes de réaction que d'après l'état local : celui-ci, en effet, reste souvent stationnaire en apparence, quoique la fièvre diminue et disparaisse ; c'est ce que nous verrons notamment dans la pleurésie et la pneumonie. Le contraire a bien plus rarement lieu, et même on peut établir que lorsque la fièvre redouble en même temps que les symptômes locaux s'amendent, presque toujours on en trouve la raison dans une ma-

ladie intercurrente. L'examen du sang pourrait encore, indépendamment de la fièvre, donner la mesure du degré de la phlegmasie, puisqu'on voit la quantité de fibrine augmenter lorsque la maladie est en progrès, rester stationnaire lorsque la lésion locale cesse de s'accroître, et revenir enfin progressivement à son chiffre normal depuis le déclin des accidents jusqu'à la convalescence.

Commençant en général sur un point circonscrit, l'inflammation s'étend ensuite presque toujours de proche en proche ; plus rarement on la voit débuter simultanément sur plusieurs points distincts, éloignés, qui en s'agrandissant convergent les uns vers les autres, et finissent par se réunir. L'extension se fait tantôt en surface, tantôt en profondeur, souvent dans l'un et l'autre sens : c'est ce qu'on observe notamment pour les parenchymes, tandis que dans quelques tissus membraneux, comme les séreuses, la phlegmasie ne s'étend qu'en surface sans se propager dans les tissus subjacents. L'inflammation, suivant qu'elle occupe un espace restreint ou qu'elle envahit de larges surfaces, est dite *circonscrite* ou *diffuse*. Il est impossible de reconnaître suivant quel mécanisme cette extension s'opère, ni pourquoi ni comment la maladie se circonscrit. Cependant différentes causes naturelles semblent quelquefois borner une inflammation qui paraissait devoir s'étendre encore : ainsi on voit souvent celle-ci circonscrite par des sillons et des enfoncements que la nature a disposés à la surface de quelques organes, comme le poumon, le foie, etc. ; ailleurs c'est une aponévrose, un tissu cellulaire condensé qui forme une barrière. On peut dire aussi en règle générale que lorsque la phlegmasie se développe dans des organes composés de parties dissimilaires, elle reste souvent limitée au tissu primitivement affecté sans se communiquer aux autres. C'est ce qu'on voit, par exemple, pour les intestins, dont les tuniques muqueuse et séreuse peuvent être et sont presque toujours isolément enflammées. Le contact est également une cause qui limite beaucoup d'inflammations. Ainsi nous dirons que plusieurs fois nous sommes parvenu à limiter une phlébite en exerçant à une certaine distance une compression sur la veine, de manière à rapprocher les parois, à les mettre en rapport. Cependant, dans quelques cas, le contact de deux surfaces enflammées a l'inconvénient d'entretenir l'inflammation indéfiniment : ainsi certaines posthites (inflammation du prépuce), certaines vaginites, avec sécrétion purulente abondante, sont certainement entretenues par le contact de la muqueuse avec elle-même, car il suffit de l'empêcher en interposant un morceau de linge sec pour tarir rapidement la sécrétion, et faire disparaître la rougeur et les autres caractères de la phlegmasie.

Après avoir parcouru plus ou moins rapidement toutes ses périodes, l'inflammation se termine par *délitescence* ou par *résolution*, ou bien elle produit divers effets morbides qu'on décrit improprement sous le nom de *terminaisons*. Ces phénomènes consécutifs sont : la *suppuration*, la *gangrène*, l'*ulcération*, l'*induration* ou le *passage à l'état chronique*.

La résolution est la seule terminaison heureuse de la maladie. Elle peut être définie, avec Thomson, une terminaison dans laquelle tous les sym-

ptômes locaux et généraux se dissipent graduellement, sans qu'aucune évacuation sensible ait lieu; la partie enflammée reprend alors son état normal sans aucun dérangement dans son organisation ni dans ses fonctions. La résolution subite de l'inflammation, son avortement, quand elle n'a pas encore parcouru ses périodes, sa disparition rapide, sans laisser aucune trace dans les tissus, a reçu le nom de *délitescence*. Si dans ces cas on voit une maladie analogue ou tout autre accident se développer sur un point plus ou moins éloigné, on dit qu'il y a eu *métastase*. La délitescence n'est qu'une terminaison par résolution, survenant seulement beaucoup plus rapidement que de coutume, mais exigeant néanmoins encore un certain temps pour s'effectuer. C'est avouer par là que nous ne saurions admettre la délitescence telle qu'on la définit généralement, c'est-à-dire comme pouvant être un mode de terminaison de l'inflammation *vraie*, *confirmée*. En effet, un tissu gonflé, induré, ramolli, ne peut, d'un instant à l'autre, reprendre son état physiologique. La délitescence ne peut s'opérer que tout à fait au début, et lorsqu'il existe plutôt de l'hypérémie qu'une inflammation véritable.

La *suppuration* est une suite très fréquente de l'inflammation dans quelque partie du corps qu'elle se développe. Elle est caractérisée par la formation d'un liquide particulier nommé *pus*, qui tantôt est exhalé à la surface des membranes libres, comme les muqueuses, les séreuses, la cavité des vaisseaux, et qui plus souvent est produit dans l'épaisseur des tissus, où il forme une collection plus ou moins considérable qui a reçu le nom d'*abcès*. Les auteurs regardent généralement la formation du pus comme étant annoncée par un redoublement dans la douleur, qui devient pulsative à tel point, dit Hunter, que le malade peut compter son pouls, en dirigeant seulement son attention sur la partie enflammée. La suppuration une fois déclarée, la douleur se dissipe en partie, elle devient obtuse, et des frissons se déclarent. Ces phénomènes se passent, en effet, dans les inflammations franches du tissu cellulaire; mais on cesse de les retrouver dans tous les cas d'inflammation membraneuse, et même dans presque toutes les phlegmasies des parenchymes; car si on excepte l'hépatite et certaines formes de la néphrite, maladies dans lesquelles la suppuration produit les symptômes ordinaires du phlegmon, on ne retrouve plus dans les autres ni douleurs lancinantes ni frissons comme indice d'une suppuration commençante : c'est ce que nous verrons notamment pour l'inflammation des poumons et du cerveau.

Le pus provenant d'une inflammation franche est d'un blanc jaunâtre, plus ou moins opaque et homogène; il est formé d'un liquide incolore, servant de véhicule à des globules blancs, sphériques, un peu frangés sur leurs bords, comme tomenteux à leur surface qui paraît crénelée, ponctuée ou ridée. Ils ont, d'après M. Donné, un centième de millimètre de diamètre; ils diffèrent, par conséquent, des globules du sang par leur volume comme par leur forme, et des globules du lait par leur défaut de transparence au centre. Ils sont formés par une enveloppe et par un noyau. Les uns regardent celui-ci comme unique, tandis que d'autres le disent constitué par trois

ou quatre globules ; c'est l'opinion de M. Donné. Indépendamment de ces globules, le pus contient encore de petites granulations considérées par les uns comme des noyaux de globules nommées *granules*, tandis que d'autres les regardent, avec M. Mandl, comme des fragments d'albumine solidifiée. Le pus a une pesanteur spécifique d'environ 1030 à 1033 ; il a par conséquent moins de densité que le sang, et un peu plus que le sérum. Insoluble dans l'eau et l'alcool, soluble dans l'ammoniaque, il est généralement sans odeur quand il n'a pas encore eu le contact de l'air ; il faut en excepter pourtant celui qui provient d'abcès situés dans le voisinage des voies digestives, depuis la bouche jusqu'à l'anus. Ces collections, en effet, quoique n'ayant en apparence aucune communication directe ou indirecte, soit avec l'atmosphère, soit avec les gaz contenus dans les organes digestifs, contiennent néanmoins un pus fétide exhalant tout à fait une odeur stercorale des plus repoussantes. Il est très probable que, dans ces cas, il a dû s'opérer quelque phénomène d'endosmose à travers les membranes d'enveloppe du foyer. Le pus renferme souvent accidentellement diverses substances ; ce sont surtout la matière colorante du sang, ou ce liquide en nature ; des débris de tissu cellulaire ou des organes au milieu desquels le pus s'est formé ; ou bien encore divers produits de sécrétion naturelle ou morbide, etc. Le pus fétide contient en outre de l'hydrogène sulfuré (Bonnet, de Lyon), de l'ammoniaque et de l'hydrosulfate d'ammoniaque ; il est alors alcalin, de neutre qu'il est naturellement. Enfin il est des pus particuliers, ne différant pas des pus ordinaires, ni par le microscope ni par les réactifs chimiques, bien qu'ils contiennent un principe virulent ; tel est le pus de la morve, de la syphilis, des pustules varioleuses et vaccinales, etc.

On a beaucoup discuté sur l'origine du pus ; mais la seule opinion raisonnable consiste à regarder ce liquide comme un produit de sécrétion formé par les surfaces enflammées ; il ne résulte donc pas, ainsi qu'on l'a dit, ni de la fonte des solides, ni d'une transformation du sang, et surtout d'une transformation de ses globules ou de la graisse. Mais, de même que cela a lieu pour toutes les sécrétions du corps, c'est le sang qui évidemment fournit les matériaux du pus ; il le fait aux dépens du sérum, qui, transsudant à travers les parois du réseau capillaire, éprouve aussitôt la modification qui le transforme en pus. Tout porte à croire que les globules purulents sont constitués aux dépens de la fibrine qui est tenue en dissolution dans le sérum, ou qui s'est épanchée dans les tissus dès le début de l'état phlegmatique.

Nous avons dit précédemment qu'on rencontre le pus tantôt infiltré, tantôt réuni en un ou plusieurs foyers. Les abcès que nous rencontrons dans quelques viscères sont remarquables surtout par la rapidité avec laquelle le pus s'enkyste ; en effet, à peine l'abcès date-t-il d'une semaine, que souvent on trouve déjà les parois tapissées par une membrane pyogénique, très dense, formée aux dépens du tissu cellulaire et de la lymphe coagulable, qui s'est épanchée dans la première période de l'inflammation. Inutile de dire qu'on retrouve toujours cette membrane dans les collections qui

ont suivi une marche chronique. Les abcès qui appartiennent à la pathologie interne, en raison de leur siége profond, se fraient peut-être moins souvent une issue directe au dehors que par l'intermédiaire d'un organe creux. Dans quelques cas fort rares, le pus infiltré ou même réuni en foyer peut être résorbé ; non que j'admette alors que les globules purulents sont repris en nature, supposition inadmissible quand on a égard à leur volume considérable; mais il y a probablement, comme le croit M. Bérard, un travail de dissolution qui les liquéfie et en permet l'absorption. Le pus retenu dans de vastes foyers, ou bien la suppuration continuant à se faire dans des foyers ouverts, peut amener la mort, en produisant tous les symptômes de la fièvre hectique.

Gangrène. — La gangrène est un accident assez rare des inflammations qui sont du domaine de la pathologie médicale. La gangrène s'explique quelquefois par la violence de la phlegmasie ou par l'obstacle qu'une compression extérieure a mis à son développement; mais presque toujours il faut invoquer l'action d'une cause spéciale ou spécifique. (Voir l'article *Gangrène.*)

Ulcération. — C'est une lésion consécutive des phlegmasies que Hunter, le premier, a étudiée avec soin. L'ulcération consiste en une solution de continuité produite presque toujours dans les tissus membraneux (peau et muqueuses), par une absorption interstitielle. On peut dire de l'ulcération ce que nous disions tantôt de la gangrène, qu'elle est rarement la conséquence d'une inflammation franche. Presque toujours, en effet, celle-ci n'est produite que lorsque l'inflammation survient dans le cours de certaines diathèses, ou bien lorsqu'elle a dans sa nature quelque chose de spécifique.

Induration. — L'induration n'est autre qu'une résolution incomplète de l'engorgement inflammatoire. La douleur cesse, ou bien elle est alors moins continue et surtout moins vive ; les signes de réaction s'éteignent; les malades peuvent reprendre les habitudes de la santé, à moins pourtant que la lésion n'attaque un organe important. De toutes les phlegmasies qui sont du ressort de la pathologie médicale, l'inflammation de l'utérus est celle peut-être qui est le plus souvent suivie d'une induration de tissu.

Variétés de l'inflammation. — Les variétés de l'inflammation sont relatives à sa marche, à sa nature spécifique ou non, et à son siége.

1° *Relativement à sa marche*, l'inflammation est distinguée en *aiguë* et en *chronique*. L'inflammation aiguë est remarquable par l'intensité des symptômes généraux et locaux, et par la rapidité de sa marche : c'est à elle qu'il faut rapporter tout ce que nous avons dit jusqu'à présent; mais on a en outre distingué dans l'inflammation deux autres degrés qu'on désigne sous les noms d'inflammation *sur-aiguë* et *sub-aiguë*. La première n'est autre que le degré le plus élevé de l'inflammation, c'est-à-dire caractères anatomiques très tranchés, violence des accidents, marche des plus rapides ; nous en avons vu précédemment un exemple dans la péritonite consécutive à la perforation intestinale. L'inflammation, au contraire, est dite *sub-aiguë* lorsque les symptômes offrent peu d'intensité et lorsque leur

marche est moins rapide que dans les inflammations ordinaires. L'état sub-aigu forme pour ainsi dire la transition de l'inflammation aiguë à l'inflammation chronique.

L'inflammation chronique est celle dont la marche est lente, et dont les symptômes généraux et locaux sont très modérés. Tantôt primitive, tantôt consécutive à la forme aiguë, l'inflammation chronique est un état morbide dont on a beaucoup parlé, et auquel on a rapporté pendant longtemps la plupart des lésions de nutrition, les transformations des tissus et presque toutes les productions morbides; cependant rien n'est moins bien défini que ces mots : *inflammation chronique*. C'est ce qui explique pourquoi les uns en voient presque partout, tandis que d'autres, tout aussi peu sages, n'en trouvent nulle part et en contestent jusqu'à l'existence. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de faire cesser une pareille incertitude. Nous dirons seulement que, pendant la vie, l'inflammation chronique, quand elle est simple, ne produit pas une augmentation de la fibrine; la fièvre est souvent nulle ou peu intense, sujette à des variations nombreuses, et quand elle existe d'une manière permanente, elle offre les phénomènes et la marche que nous avons tracés précédemment en parlant de la fièvre hectique. L'inflammation chronique trouble constamment les fonctions de l'organe qu'elle affecte; mais ces troubles n'ont, en général, rien de pathognomonique, car des lésions bien différentes peuvent les faire naître. Il en est de même de la douleur, qui peut manquer ou être intolérable sans néanmoins pouvoir fournir par elle-même aucune indication bien précise pour le diagnostic. Enfin, la marche des accidents n'offre non plus rien de caractéristique et ne peut donner que des présomptions. Les tissus chroniquement enflammés ont perdu pour la plupart leur couleur normale; ils sont ordinairement noirâtres, bleuâtres, gris ardoisé; mais, de même que la rougeur de l'état aigu, ces diverses colorations ne sauraient jamais caractériser une phlegmasie existante; elles ne peuvent signifier rien autre si ce n'est que la partie a été, à une époque plus ou moins éloignée, le siége d'une forte hypérémie et probablement d'une inflammation aiguë; car la couleur bleue ou noire est une transformation de la couleur rouge, et résulte, comme l'a prouvé Hunter, du changement que le sang subit toutes les fois que ce liquide cesse de se mouvoir. Les tissus chroniquement enflammés ont tous subi quelque changement important dans leur nutrition. La plupart sont augmentés de volume; ils sont indurés, plus résistants, très cassants, parfois ulcérés; mais on retrouve toujours tous les éléments constitutifs de l'organe, et il est possible encore de les reconnaître et d'en déterminer la structure. Sous ce rapport, les désordres produits par l'inflammation chronique sont essentiellement différents de ceux qu'entraînent certaines transformations organiques qui détruisent l'organe et mettent à sa place un produit accidentel. Enfin, l'inflammation chronique peut produire la suppuration; le pus est toujours alors réuni en foyer.

L'inflammation a été aussi divisée en *simple* et en *spécifique*. Une inflammation est *simple*, dit Thomson dans son *Traité de l'inflammation*,

lorsqu'il n'y a rien de particulier dans la constitution de la personne qui en est affectée, ou dans la nature et le mode d'action des causes excitantes qui l'ont produite. Dans le cas contraire, l'inflammation est dite *spécifique :* ainsi les pustules varioleuses, les chancres syphilitiques, peuvent être considérés comme des phlegmasies spécifiques, en raison de la cause qui les fait naître, à cause de leur marche et de la propriété contagieuse du pus qu'elles produisent. Les phlegmasies diphthéritiques, comme l'angine couenneuse, doivent encore être rangées parmi les phlegmasies spécifiques, non seulement en raison de la production pseudo-membraneuse, qui est un phénomène déjà insolite par lui-même, mais à cause aussi de la marche de l'affection, des symptômes généraux qui l'accompagnent, de sa propriété contagieuse, de sa reproduction facile et de l'efficacité de certaines médications. C'est aussi en raison de la cause spéciale qui les fait naître, de leur marche et du traitement qu'elles réclament, qu'on doit regarder comme spécifiques les inflammations qui accompagnent les fièvres intermittentes anomales, car elles suivent la même marche et sont attaquables par la même médication. Ainsi les inflammations spécifiques, au nombre desquelles on doit aussi comprendre la dyssenterie, et peut-être quelques autres encore, sont remarquables en ce qu'elles ne peuvent jamais être produites par les causes générales des inflammations ordinaires ; quelques unes ont une marche fixe, une terminaison invariable, et ne sont jamais modifiées par le traitement qui réussit généralement contre la plupart des phlegmasies. Mais doit-on aussi, comme le croit Thomson, classer dans les phlegmasies spécifiques celles qui, nées pendant certains états constitutionnels ou par leur influence, reçoivent de ceux-ci quelques caractères spéciaux, et exigent des modifications dans le traitement ? Nous ne le croyons pas ; car, dans les cas dont nous parlons, rien ne prouve que l'inflammation soit d'une autre nature que les phlegmasies simples. Rien, en effet, n'est changé dans son essence : seulement sa physionomie présente certaines particularités en raison d'une altération générale, d'un état constitutionnel ou d'une diathèse ; il y a seulement ici complication, mais non pas précisément changement de nature.

Les inflammations diffèrent encore beaucoup entre elles relativement à leurs symptômes et à leur marche, suivant les tissus et les organes qu'elles affectent : c'est ce dont on a pu juger précédemment ; mais on s'en convaincra mieux encore par la suite. Des considérations à ce sujet devant nous entraîner trop loin, nous nous bornerons ici à faire connaître les différences anatomiques qui distinguent les inflammations dans quelques uns des principaux tissus où nous les rencontrerons plus tard.

Dans les membranes muqueuses, l'inflammation produit toujours une coloration insolite d'un rouge plus ou moins vif si la phegmasie est aiguë, d'un noir violacé ou grisâtre si elle est chronique. Cette dernière est permanente : la mort ne la diminue point, tandis (et ceci est incontestable) que la couleur rouge peut diminuer plus ou moins dans les derniers instants de la vie, de manière à laisser peu de traces sur le cadavre. Pour peu que l'inflammation ait eu une certaine durée, elle entraîne après elle

diverses altérations dans la nutrition du tissu membraneux ; celui-ci devient friable, ramolli, parfois aminci, plus souvent il est épaissi, grenu, mamelonné à sa surface, laquelle peut être tapissée par une exsudation crémeuse, couenneuse ou purulente. Enfin, il peut exister des ulcérations qui tantôt siègent sur le tissu membraneux lui-même, et tantôt n'affectent que l'appareil folliculaire. Il est aujourd'hui incontestable que les membranes muqueuses enflammées peuvent sécréter du pus sans être ulcérées ; mais toutes ne produisent pas ce fluide avec la même facilité : ainsi il en est qui, sauf les cas où elles sont ulcérées, ne laissent peut-être jamais exhaler du pus : telle est, par exemple, la muqueuse des organes digestifs. Au contraire, le conduit auditif, la caisse du tympan, les sinus de la face, les voies pulmonaires, la conjonctive, le vagin, et surtout la muqueuse urétrale, sécrètent du pus avec une grande facilité.

L'inflammation des muqueuses, quelque intense qu'elle soit, ne détermine probablement jamais des adhérences contre nature ; celles-ci ne sont produites que dans le cas où il s'est formé quelque solution de continuité. Hunter paraît contester l'exactitude de cette proposition ; car il a avancé que, quand la phlegmasie est violente, elle amène une exsudation de lymphe coagulable qui produit l'adhésion des parois entre elles. Il dit l'avoir observée plusieurs fois dans l'intestin, notamment à la face interne d'une anse intestinale qui avait été étranglée dans une hernie. Mais est-il bien prouvé que dans ce cas la muqueuse n'eût pas subi une solution de continuité ?

Les membranes muqueuses, détruites par l'inflammation, peuvent se reproduire aux dépens du tissu cellulaire subjacent. La membrane nouvelle, plus pâle ou bien bleuâtre, n'a jamais la couleur de l'ancienne ; elle est dépourvue de velouté et de follicules, elle est lisse et ressemble à une membrane séreuse. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, elle acquiert toutes les propriétés des muqueuses, et il devient impossible de distinguer alors la membrane de formation nouvelle d'avec les parties environnantes. Ainsi, la cicatrisation des ulcérations des muqueuses ne se fait jamais par rapprochement des bords, de manière à rétrécir l'étendue de la cavité. Ce mode de guérison n'a lieu que lorsque la perte de substance frappe en même temps les tissus subjacents : telle serait, par exemple, pour l'intestin et l'estomac, la destruction des tuniques muqueuse, celluleuse et musculaire.

L'inflammation des membranes séreuses est essentiellement caractérisée par la sécheresse et plus tard par la sécrétion d'un liquide purulent, ou d'une sérosité trouble, contenant en plus ou moins grande abondance une matière albumino-fibrineuse. Il n'y a ni épaississement ni rougeur : l'épaississement qu'on a cru exister quelquefois n'est qu'apparent, et dépend de la concrétion de la matière épanchée ; il suffit, en effet, de la détacher pour trouver au-dessous d'elle la séreuse parfaitement lisse et polie. Si on l'examine en place, la membrane paraît véritablement rouge et injectée, mais cette coloration ne lui appartient pas, elle dépend, en effet, du tissu cellulaire subjacent ; car si on détache la séreuse avec soin, sans entraîner

le tissu cellulaire qui la double, on ne parvient à découvrir aucun réseau vasculaire. Cependant je n'oserais affirmer qu'il en soit toujours ainsi, car maintes fois il m'a paru que l'injection sanguine avait pénétré le tissu même de la membrane; cela se remarque surtout dans les phlegmasies anciennes. D'ailleurs, il résulte d'une pièce pathologique vue par M. Roux, en Italie, et des recherches récentes de M. Bourgery, que les membranes séreuses sont susceptibles d'injection, c'est-à-dire qu'on peut voir, d'une manière distincte, des vaisseaux sanguins dans leur épaisseur (Dubois d'Amiens). L'inflammation qui rend quelques séreuses friables et cassantes (arachnoïde, péritoine), n'altère point la consistance de quelques autres (plèvre et peut-être péricarde). La phlegmasie des séreuses est essentiellement adhésive. Les adhérences se font au moyen de la matière fibrino-albumineuse, qui se concrète; celle-ci se pénètre rapidement, parfois au bout de peu de jours, de vaisseaux sanguins; elle subit à la longue diverses transformations, et finit enfin par constituer des brides celluleuses et fibreuses qui réunissent entre eux les points opposés de la séreuse. D'autres fois, elles ne forment que des plaques opaques ayant beaucoup d'analogie avec l'albumine de l'œuf, plaques qui souvent ne sont qu'appliquées sur la membrane, car on peut les soulever et les détacher entièrement sans détruire le poli de la séreuse. Les inflammations dont je parle sont encore remarquables par l'acuité de leurs symptômes, par leur marche rapide et par leur peu de tendance à produire des ulcérations, ou la gangrène.

Nous ne croyons pas devoir pousser plus loin l'étude de l'inflammation dans chaque tissu; car plus tard nous consacrerons des articles spéciaux aux phlegmasies des tissus nerveux, artériel, veineux, musculaire, etc. Quant aux inflammations parenchymateuses, elles se présentent avec des caractères si variés, en raison de la diversité d'organisation des parties, qu'elles ne peuvent se prêter à aucune généralité. Enfin l'inflammation de plusieurs autres tissus, comme celui des os, ne doit point nous occuper, et rentre dans le domaine de la chirurgie.

Diagnostic. — Les phlegmasies extérieures sont toujours d'un diagnostic facile; il n'en est pas de même de celles qui sont profondément cachées; car quelquefois elles ne trahissent leur existence que par des troubles sympathiques, comme la fièvre, sans exciter aucuns symptômes locaux. Dans ces cas obscurs, on peut tirer grand avantage des recherches de MM. Andral et Gavarret sur le sang; ainsi lorsqu'on trouve que la proportion de fibrine est plus considérable, lorsque le sujet n'étant point chlorotique on voit le caillot se recouvrir d'une couenne épaisse, il faut en conclure qu'il existe une phlegmasie quelque part; on cherche à en préciser le siége par l'exploration attentive de tous les organes.

Sur le cadavre, il faut bien se garder de conclure à l'existence d'une inflammation d'après la considération d'un seul caractère : nous avons dit et nous répétons encore ici que la rougeur, quelque vive qu'elle soit, est un signe trompeur et toujours insuffisant. Au contraire, une exsudation plastique, fibrino-albumineuse, est un signe certain, pathognomonique. Je n'ose en dire de même de la suppuration; car le pus n'indique pas né-

cessairement la préexistence d'un travail inflammatoire dans le lieu où on le trouve. Quelquefois, en effet, il semble n'y avoir été que déposé; c'est ce que nous avons vu pour maints abcès consécutifs de la variole; c'est aussi ce que nous verrons plus tard en traitant de la phlébite.

Ce serait le lieu de dire ici en quoi l'inflammation diffère de l'irritation, mot qui pendant quinze ans a fait la fortune d'un système. L'irritation était définie par Broussais : *la contraction portée au-delà de certaines limites;* par M. Roche, l'un de ses élèves les plus distingués : *une augmentation de l'action organique moléculaire d'un tissu.* L'irritation était un état maladif résultant de la propriété qu'ont les tissus vivants d'être impressionnés par les stimulants. Ainsi lorsqu'on introduit 5 centigrammes d'émétique dans l'estomac, qu'on excite la sécrétion folliculaire de la muqueuse et la contraction de la tunique musculaire, on produit le phénomène de l'irritation. Celle-ci était un état pathologique primordial qu'on voyait partout et par lequel tout s'expliquait, suivant le point où on le faisait agir. L'irritation n'était pas encore l'inflammation, mais elle en constituait le premier degré ; car lorsque, agissant sur les capillaires sanguins, elle déterminait les phénomènes locaux qui caractérisent l'état phlogistique, on disait que l'irritation était inflammatoire. L'inflammation était, en d'autres termes, l'irritation avec appel plus considérable de sang que des autres fluides; tandis que la subinflammation était l'irritation avec appel plus considérable de fluides blancs que des autres fluides. Je ne poursuivrai pas davantage la démonstration de ces idées, aujourd'hui vieillies d'un siècle et qui ne peuvent plus que figurer dans l'histoire des erreurs de la science. J'ai seulement voulu définir à ceux qui entrent dans la carrière le mot qui avait servi à un homme d'un talent prodigieux à révolutionner toute la médecine; mot qu'ils entendront encore quelquefois prononcer par quelques rares adeptes. Mais aujourd'hui où tant de sévérité est exigée dans les recherches et le langage scientifiques, on ne doit plus se servir du mot irritation, qui n'indique à l'esprit rien de défini, par cela seul qu'on l'a appliqué à tous les phénomènes pathologiques.

Pronostic. — Le pronostic se calcule surtout d'après l'importance de l'organe affecté, l'étendue de la phlegmasie, sa nature, sa tendance naturelle vers telle ou telle terminaison, ou vers telle ou telle suite ; enfin on tiendra également compte de l'état des forces, de la violence des symptômes généraux et sympathiques, de l'âge et de la constitution des sujets, et de l'époque à laquelle le traitement est commencé.

Causes de l'inflammation. — Les causes des inflammations sont très nombreuses ; les unes agissent directement, telles sont toutes les violences extérieures, l'application des substances irritantes et caustiques ; les autres agissent indirectement et d'une manière à peu près inexplicable, c'est ce qui arrive, par exemple, lorsqu'un refroidissement des pieds détermine une angine, un coryza, etc. Parmi ces causes indirectes de l'inflammation, on doit ranger encore toutes les substances qui, prises intérieurement, vont agir loin du point où elles ont été appliquées ; tel est le mercure, qui, pris à petites doses, peut enflammer la muqueuse buccale. D'autres

fois, il est difficile de dire si ces substances agissent consécutivement à leur absorption, ou si l'inflammation qu'elles provoquent ne résulte pas d'une action sympathique exercée par l'organe avec lequel elles ont été mises en contact; telles sont, par exemple, toutes ces affections inflammatoires de la peau, qui naissent après l'ingestion de certains fruits, de certains coquillages ou de certains poissons. A côté de ces causes indirectes viennent encore se ranger tous les poisons morbides, comme la plupart des virus, dont les uns agissent surtout sur le point de contact, tandis que d'autres ont leurs effets les plus considérables consécutivement à leur absorption. La plupart des inflammations ordinaires non spécifiques naissent sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable; on les dit alors *spontanées*. Quelques unes reconnaissent, au contraire, l'intervention d'une cause excitante. Les écarts de régime, les fatigues excessives, les émotions morales vives, et surtout l'action brusque du froid sur le corps échauffé, sont les circonstances que nous invoquerons le plus souvent pour expliquer le développement des phlegmasies. Le froid est, en effet, la cause occasionnelle la plus commune, et une des plus puissantes; mais beaucoup de personnes en ont encore exagéré l'importance en lui rapportant le développement de toutes les phlegmasies de l'appareil respiratoire. J'ai prouvé à la page 148 de mon *Traité de la pneumonie* que la source de cette erreur résidait dans un interrogatoire insuffisant ou mal dirigé.

L'inflammation reconnaît une foule de causes prédisposantes; c'est ainsi que nous verrons l'âge, le sexe, les climats prédisposer à différentes phlegmasies. Pendant longtemps on a considéré une constitution forte et robuste, et l'état de pléthore, comme prédisposant beaucoup aux phlegmasies; mais une observation plus exacte a démontré que cette croyance était erronée, et il est reconnnu aujourd'hui que la faiblesse prédispose bien plus aux inflammations que l'état opposé, probablement parce que, dans le premier cas, les individus sont plus attaquables et résistent moins aux causes. Mais si l'état de force et de pléthore ne prédispose pas à l'inflammation, cette circonstance a pour effet d'augmenter l'intensité des symptômes de réaction. Enfin, il existe des prédispositions qui tiennent à l'organe lui-même, à sa position, à la nature de ses fonctions; il est en outre démontré pour plusieurs phlegmasies qu'un organe y est d'autant plus exposé qu'il en a déjà été atteint un plus grand nombre de fois.

Traitement. — Les premières indications à remplir dans le traitement de toute inflammation consistent à éloigner, toutes les fois qu'on le peut, les causes excitantes qui ont fait naître la maladie, à soumettre l'organe affecté au repos le plus absolu; puis on cherchera à attaquer la phlegmasie elle-même. Les antiphlogistiques sont les agents les plus efficaces, et ceux qui, diversement modifiés, sont applicables à presque tous les cas. Les saignées générales et locales sont la base de la médication antiphlogistique. Les premières conviennent toutes les fois que la phlegmasie est assez étendue et assez grave pour exciter un mouvement fébrile un peu intense. Cependant l'intensité de la fièvre ne doit pas seule guider le médecin, mais

on doit aussi avoir égard à l'importance de l'organe affecté. C'est ainsi que deux malades étant donnés, ayant l'un et l'autre une fièvre *modérée*, et qui sont atteints l'un de pneumonie, l'autre d'érysipèle à la face, il y aura ordinairement nécessité, urgence de saigner le premier, tandis que le plus souvent on pourra s'en dispenser pour le second. Il faut, dès à présent, bien se persuader que la saignée n'est pas un remède applicable ou nécessaire à toutes les inflammations; il en est, en effet, qui guérissent aussi bien et même mieux sans son intervention : aussi doit-on s'en dispenser alors; car il faut s'habituer à considérer la saignée comme un moyen puissant mais dangereux, dont on abuse facilement, auquel pourtant il est impossible de remédier, lorsqu'on l'applique d'une manière inopportune; on doit donc n'y recourir que lorsque l'indication est bien précise. Il en est d'ailleurs de la saignée comme de tous les remèdes que j'appellerai *rationnels*, qui ne sont doués, par rapport à la maladie contre laquelle on les dirige, d'aucune vertu spécifique, et qui, paraissant indiqués par la nature de l'affection aussi bien que par l'appareil symptomatique, échouent néanmoins, et sont même manifestement nuisibles dans certains cas, tandis que d'autres médications sont couronnées de succès. Cette inconstance du remède tient au genre différent des constitutions médicales, dont on a eu tort de nier l'influence et jusqu'à l'existence. Cependant les constitutions médicales dominent la thérapeutique; c'est une vérité que les théoriciens ou les ignorants ont pu méconnaître, mais qui a toujours été proclamée par le grands praticiens. Ainsi donc il faut s'attendre à voir dans certains' cas, et pendant plusieurs mois de suite, la saignée échouer ou être nuisible contre certaines phlegmasies, dans lesquelles on était habitué à la voir réussir. L'emploi de la saignée peut trouver en outre des contre-indications tenant à l'individu : ainsi une faiblesse excessive, un âge trop tendre ou une constitution détériorée, un état chlorotique, peuvent être parfois un obstacle à toute émission sanguine; mais le plus souvent ces circonstances indiquent seulement d'y recourir avec plus de prudence et de ménagements. On conçoit bien qu'il est impossible de tracer à ce sujet aucune règle fixe, car tout ici est subordonné au tact du médecin. Il est néanmoins des circonstances où les plus expérimentés hésitent; il arrive, en effet, souvent qu'en présence d'un malade atteint d'une phlegmasie grave, et dont les forces sont prostrées, on ne sait si cette adynamie est *réelle*, ou si elle n'est que *simulée*, *apparente*. On hésite alors entre tirer du sang et tonifier. Pour se diriger dans un cas aussi épineux, on devra avoir égard aux circonstances suivantes. Si on a affaire à un individu débilité, avant l'invasion de la phlegmasie, par une maladie antérieure, par des veilles, des chagrins, etc., il est à peu près certain que l'adynamie qu'on observe est réelle; car la simple oppression des forces a lieu généralement dans des conditions opposées, c'est-à-dire chez des sujets bien constitués et dans la vigueur de l'âge. Ajoutons que lorsque les forces ne sont qu'opprimées, les malades présentent des symptômes adynamiques dès le début, et les offrent même à un haut degré, tandis que l'adynamie véritable est en général progressive, et n'arrive qu'à une

époque plus avancée. On aura encore égard aux effets que produisent sur les forces les hémorrhagies naturelles ; enfin, dans le doute, on fait pratiquer une petite saignée exploratrice, et, suivant les effets qu'on en obtient, c'est-à-dire suivant que les forces se relèvent ou se prostrent davantage, on insiste sur ce moyen ou on y renonce tout à fait pour recourir à la médication tonique.

Les saignées sont d'autant plus avantageuses qu'on les pratique à une époque plus rapprochée du début; mais il ne faut pas croire avec quelques anciens auteurs qu'il existe un temps au-delà duquel on ne doive plus répandre de sang : c'est une grave erreur que les hommes les plus expérimentés des derniers siècles ont partagée; mais aujourd'hui il est bien reconnu que l'emploi des émissions sanguines doit être subordonné à la nature des symptômes généraux et locaux, sans avoir égard à l'âge plus ou moins avancé de la maladie, qui ne doit jamais entrer en ligne de compte. Non seulement il faut saigner le plus tôt possible ; mais encore lorsque la violence de la maladie l'exige et lorsque les forces le permettent, on doit tirer une grande quantité de sang à la fois, c'est-à-dire 4 à 600 grammes; et s'il faut recourir plusieurs fois à la saignée, on doit le faire à des intervalles assez rapprochés, par la raison que la phlegmasie est d'autant plus attaquable qu'elle est moins ancienne. Mais dans aucun cas on ne peut déterminer d'avance, même *approximativement*, le nombre de saignées qu'il faut faire et la quantité de sang qu'on doit retirer à chacune d'elles; car l'abondance et le nombre des saignées doivent être subordonnées à l'âge des malades, à leur constitution, à l'état antérieur de santé ou de maladie, à la violence des symptômes généraux et locaux, et enfin, comme nous l'avons déjà dit, aux constitutions médicales régnantes. L'aspect plus ou moins couenneux du sang ne peut, comme on l'a cru pendant longtemps, comme le croient encore quelques médecins, fournir une indication pour réitérer la saignée, puisque nous avons vu que la couenne pouvait exister dans l'anémie, que par conséquent elle devient d'autant plus parfaite que l'on saigne davantage, bien que l'inflammation ait cessé de s'accroître. Par les saignées convenablement faites, on peut espérer de soulager presque toujours les malades, d'en guérir beaucoup qui, sans elles, auraient succombé, et d'abréger la maladie de ceux qui auraient pu guérir sans son secours. Mais le jeune médecin ne doit pas oublier que quelque abondantes et quelque nombreuses que soient les saignées, elles n'ont pas, le plus généralement, le pouvoir d'enlever brusquement la maladie, de l'arrêter tout à coup dans sa marche quand elle débute. On verra, en effet, plus tard, qu'on ne jugule ni la pneumonie, ni la pleurésie, ni les érysipèles de la face, ni les angines, ni toutes les phlegmasies franches et déjà bien établies. On se convaincra que ces maladies ont, pour ainsi dire, un cours nécessaire, et que, nonobstant une méthode active de traitement, il n'est pas en notre pouvoir de les empêcher de s'accroître pendant quelque temps. Cette proposition, qui est admise par MM. Chomel et Louis, et que j'ai moi-même développée dans mon *Traité de la pneumonie*, a reçu une confirmation nouvelle des recherches de M. Andral,

qui a vu que, quelque abondantes ou quelque rapprochées que soient les saignées, la fibrine n'en va pas moins toujours en augmentant, si ces saignées sont faites dans les premiers temps d'une inflammation tant soit peu intense, c'est-à-dire dans la période ordinaire d'augment de la maladie. Les saignées générales conviennent, avons-nous dit, toutes les fois que la maladie est assez grave pour exciter une réaction notable; elles suffisent le plus souvent seules, d'autres fois il convient de leur associer les saignées locales faites par des sangsues ou des ventouses scarifiées. Celles-ci sont surtout efficaces dans les inflammations qui s'accompagnent d'une vive douleur ou d'une congestion très considérable. Il faut, dans tous les cas, mettre les sangsues le plus près possible du mal, ou sur des parties qui ont avec les organes malades des rapports vasculaires ou sympathiques; on doit aussi mettre un nombre suffisant de sangsues ou de ventouses pour opérer une déplétion locale suffisante; car si on agissait autrement, loin de diminuer la fluxion on l'augmenterait. Les émissions sanguines locales suffisent quelquefois pour amener à bonne fin certaines phlegmasies peu intenses, superficielles, ou affectant des tissus membraneux.

Les inflammations peuvent encore être attaquées par plusieurs ordres de médicaments dont le mode d'action, quoique inconnu, n'en est pas moins remarquable. C'est ainsi que nous verrons les préparations mercurielles administrées à l'intérieur, et à l'extérieur en frictions, amener la résolution de phlegmasies très graves. On a supposé, dans ces cas, que le mercure agissait en fluidifiant le sang; mais cette opinion, qui n'a jamais été démontrée expérimentalement, est, au contraire, en opposition avec les faits de M. Andral, qui a vu, dans les stomatites mercurielles, la quantité de fibrine s'accroître comme dans les phlegmasies ordinaires. Nous ignorons donc jusqu'à présent le mode d'action du mercure.

Il est encore un autre ordre d'agents thérapeutiques, connus sous les noms de *contre-stimulants* ou *d'hyposthénisants*, et à l'aide desquels on combat beaucoup de phlegmasies. Cette méthode, d'origine italienne, a été créée par Rasori, et agrandie depuis lui par Tommasini, et surtout par le professeur Giacomini, de Padoue. Elle consiste à administrer certains médicaments énergiques à des doses considérables, sans que ces substances déterminent les effets toxiques qu'elles produiraient chez un homme sain, sans même observer souvent les effets naturels, physiologiques, qu'elles produisent quand on les donne à moindre dose. C'est ainsi que les malades peuvent prendre 1 gramme et plus d'émétique sans éprouver ni vomissements ni selles.

Pour terminer, nous dirons que certaines inflammations des téguments ou des muqueuses sont souvent heureusement modifiées par des agents irritants et caustiques, et qui, d'après la théorie, sembleraient devoir produire un effet tout contraire. C'est ainsi que des ophthalmies, des urétrites, des cystites, des vaginites, des pharyngites et des rectites aiguës ou chroniques cèdent rapidement à une ou plusieurs cautérisations par l'azotate d'argent : il semble alors que ce médicament agisse en changeant le mode de vitalité des parties; ou si l'on veut, à une phlegmasie rebelle ou spé-

cifique il substitue une phlegmasie nouvelle, simple et plus facilement curable.

Le traitement des inflammations se compose encore d'une foule de moyens adjuvants; les principaux sont : l'abstinence, qui doit nécessairement et toujours accompagner les antiphlogistiques; l'usage des boissons douces, l'emploi des cataplasmes et fomentations émollientes, les bains locaux et généraux, les applications froides et astringentes, la compression dans quelques cas particuliers, et enfin les révulsifs. Ces derniers s'appliquent tantôt sur le tube digestif: ce sont les émétiques et les purgatifs; tantôt sur la peau : ce sont les sinapismes, les pédiluves, les manuluves irritants, les vésicatoires, les emplâtres et pommades déterminant la rubéfaction ou la formation de vésicules et de pustules. Les moyens révulsifs sont très efficaces; on les applique tantôt le plus loin possible de l'organe malade, tantôt dans son voisinage. Les premiers conviennent, en général, à toutes les périodes de la maladie, même au début; les seconds, au contraire, souvent nuisibles quand la maladie commence, ne sont guère indiqués qu'à une période avancée, lorsque l'affection traîne en longueur ou tend à passer à l'état chronique.

Il est un symptôme prédominant dans quelques phlegmasies qu'on ne doit jamais négliger, c'est la douleur, car, quand elle est trop vive, elle a pour effet ordinaire d'augmenter la congestion locale. La douleur, pour me servir d'une expression fort juste de Sarcone, est tour à tour mère et fille de l'inflammation; aussi on devra toujours la combattre et si elle n'est pas modifiée par le traitement antiphlogistique, c'est par les narcotiques administrés à l'intérieur ou appliqués localement qu'il faudra la modérer. On peut donner l'opium sans aucune crainte, car depuis longtemps nous avons reconnu, ainsi que l'ont fait avant nous beaucoup d'hommes habiles, combien sont mal fondées les appréhensions de beaucoup de médecins contre l'emploi des narcotiques dans le cours des phlegmasies. Outre la douleur, les inflammations s'accompagnent encore fréquemment de divers accidents qui parfois prédominent tellement qu'ils peuvent devenir la source de l'indication principale : ainsi les troubles nerveux exigent souvent qu'on ait recours aux médicaments connus sous le nom d'*antispasmodiques*. Enfin, fréquemment la débilité, la prostration des malades est telle qu'on doit, sans s'inquiéter de l'affection locale, se préoccuper exclusivement de l'état général, c'est-à-dire qu'on essaie alors de relever les forces par les toniques et les corroborants; on obéit à ce que les anciens nommaient l'*indication vitale*, sauf, plus tard, à reprendre le traitement de la phlegmasie s'il en est besoin et si les forces le permettent.

Après ces considérations préliminaires, nous passons à l'étude des inflammations en particulier.

INFLAMMATIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

DE LA STOMATITE.

Stomatite est un mot de création nouvelle, servant à désigner l'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche.

La stomatite n'est pas une maladie toujours identique ; elle présente, au contraire, des caractères très différents, suivant l'élément anatomique qui est atteint, suivant la forme ou la spécificité de la lésion qui la caractérise, et suivant la nature des causes qui la développent. Aussi décrirons-nous successivement les variétés suivantes, savoir : la stomatite *érythémateuse*, celle *avec altération de sécrétion* (*muguet* et *diphthérite*), la stomatite *folliculeuse* et *ulcéreuse*, et la stomatite *mercurielle*. Quelques auteurs y joignent la stomatite gangréneuse ; mais la gangrène de la bouche est une affection qui doit être étudiée à part et à côté des autres affections de nature gangréneuse.

De la stomatite érythémateuse.

La stomatite érythémateuse débute, en général, sans prodromes. Elle est caractérisée par une rougeur plus ou moins vive, uniforme, et le plus ordinairement partielle de la muqueuse buccale ; souvent en effet l'inflammation est bornée aux gencives ou à la voûte palatine ; elle a reçu, dans le premier cas, le nom de *gingivite*, et celui de *palatite* dans le second. Cette maladie s'accompagne parfois d'une légère tuméfaction des parties, d'une douleur et d'une cuisson plus ou moins vive qui augmente par le passage de l'air froid, par le contact des aliments les plus doux, et même par la simple pression de la langue. La cuisson est surtout vive lorsque l'épithélium ayant été détruit, le corps réticulaire est à nu, ou lorsque la muqueuse est le siége de très légères érosions. La sécrétion buccale est, en outre, modifiée. Ainsi, au début, il existe de la sécheresse et, plus tard, une humidité plus grande dans la bouche ; les malades rejettent une matière aqueuse, séreuse ou filante ; il survient quelquefois même un ptyalisme abondant. Cette maladie, toujours bénigne, ne s'accompagne presque jamais de fièvre, même chez les très jeunes enfants. Elle se termine par résolution au bout de peu de jours ; quelquefois l'épithélium se détache et s'enlève par plaques. La stomatite érythémateuse est quelquefois le premier degré des autres formes de stomatites qui nous restent à décrire.

La stomatite érythémateuse est ordinairement produite chez les jeunes enfants par le travail de la dentition, et plus tard par l'introduction dans la bouche d'un liquide irritant, ou d'un corps trop chaud ou trop froid, ou bien encore par la carie dentaire et par l'accumulation du tartre. Dans quelques cas, la maladie est spontanée ; enfin nous avons vu que la rougeole et que la scarlatine produisent une stomatite érythémateuse, dans

laquelle la rougeur offre exactement les mêmes caractères que ceux de l'éruption cutanée. Elle est, en effet, d'un rouge uniforme ou par pointillé régulier dans la scarlatine, par petites taches irrégulières et inégales dans la rougeole. Cette éruption ne détermine en général aucune sensation pénible, si ce n'est parfois un sentiment de chaleur.

Le traitement consiste dans l'emploi de quelques collutoires émollients, que les malades conserveront le plus longtemps possible dans la bouche; ils s'abstiendront en même temps d'aliments âcres, échauffants, épicés, et choisiront des substances peu dures, incapables de blesser la muqueuse et qui n'exigent pas de grands efforts de mastication. Il faut enfin éloigner les causes qui ont pu déterminer ou qui entretiennent la maladie : ainsi on nettoiera les dents et on enlèvera le tartre exactement toutes les fois que cette concrétion aura paru être le point de départ de la phlegmasie.

De la stomatite avec altération de sécrétion.

Cette stomatite est caractérisée par la production d'une concrétion morbide à la surface de la membrane muqueuse enflammée. On doit en distinguer deux espèces, trop dissemblables entre elles par leurs causes, leurs symptômes et le traitement, pour pouvoir être comprises dans une même description : ce sont la *stomatite diphthéritique* et le *muguet*.

De la stomatite diphthéritique.

La *stomatite diphthéritique* ou *pseudo-membraneuse* (*stomacace* ou *fégarite* des auteurs espagnols) est l'analogue de l'angine couenneuse et du croup. Comme ces dernières maladies, elle est caractérisée par la formation sur la muqueuse de la bouche de pellicules grisâtres, ordinairement très minces, commençant presque toujours, d'après M. Bretonneau, par le bord sinueux des gencives, qui se gonflent et deviennent saignantes, puis s'ulcèrent bientôt. En même temps, une fausse membrane semblable à la précédente se développe sur le point correspondant de la joue, et ne tarde pas à envahir les autres parties de la bouche. Ces concrétions adhèrent plus ou moins à la membrane muqueuse, qui est rouge, gonflée, bleuâtre, quelquefois ecchymosée, légèrement excoriée ou ulcérée, et conservant sa couleur naturelle. Lorsque ces plaques tombent, on les voit se renouveler avec une grande rapidité. Souvent elles prennent une couleur noirâtre, à cause d'une petite quantité de sang exhalée au-dessous d'elles, ce qui, joint à l'odeur fétide qui s'échappe de la bouche toutes les fois qu'elle est le siége d'une inflammation, et surtout d'une inflammation couenneuse, a souvent fait croire à l'existence d'une gangrène. Cette stomatite diphthéritique est souvent limité à un petit espace, comme la commissure des lèvres. D'après M. Taupin, elle serait souvent bornée à une moitié de la bouche; d'autres fois elle occupe presque toute cette cavité. Dans ce cas, les ganglions sous-maxillaires sont gonflés, douloureux; toute la face est tuméfiée; la bouche est inondée de salive; il y a

de l'anxiété, de la fièvre et des symptômes variables, suivant le mode de terminaison. En général, la maladie a peu de tendance à s'étendre, et ce n'est que dans des cas fort rares qu'on la voit se propager au pharynx, et surtout au larynx. On observe alors les symptômes propres à l'angine couenneuse et au croup; mais, hors ces cas, et ceux tout aussi rares où, sous l'influence d'une mauvaise prédisposition, la maladie se termine par une gangrène de la bouche, on peut dire que la stomatite diphthéritique est une maladie bénigne, dont la terminaison est toujours heureuse, quoiqu'il ne soit pas rare de la voir persister avec opiniâtreté pendant plusieurs mois de suite. Lorsqu'elle doit cesser, les plaques se détachent et ne se reproduisent plus; d'autres sont résorbées sur place, les ulcérations se cicatrisent, et il reste pendant quelque temps à leur niveau un léger épaississement avec dureté de la muqueuse ou des tissus subjacents, et un aspect gaufré, à larges alvéoles. Le diagnostic de cette affection est toujours facile; ainsi qu'on le verra par la suite, on pourra la distinguer aisément de la stomatite mercurielle, maladie dans laquelle on observe fréquemment des concrétions membraniformes.

Étiologie. — La stomatite diphthéritique affecte surtout les enfants; on la rencontre dans les hospices d'orphelins, dans les pensions, et généralement chez ceux qui vivent entassés dans des lieux bas, humides, ou qui sont renfermés dans des espaces étroits. C'est ainsi qu'on l'a vue quelquefois régner d'une manière épidémique dans les casernes (Bretonneau). Dans ce dernier cas, tout porte à penser qu'elle est contagieuse. A l'état sporadique, la maladie survient le plus souvent sous l'influence d'une excitation toute locale, comme la carie ou la saillie d'une dent qui blesse la muqueuse en rapport avec elle.

Traitement. — On combattra la diphthérite buccale par le même traitement qu'on oppose à l'angine couenneuse, et que nous ferons connaître en traitant de cette dernière. Disons seulement ici qu'à l'hôpital des Enfants M. le docteur Bonneau préconise beaucoup contre la maladie dont nous traitons le chlorure de chaux sec, qu'il applique plusieurs fois par jour, toutes les deux heures si c'est possible, sur les parties malades. Pour faire cette petite opération, on humecte un doigt, puis on le trempe dans un flacon contenant du chlorure sec en poudre et on le porte ensuite sur les parties affectées, qu'on frictionne rudement. M. Taupin déclare cette médication très efficace.

Du muguet ou de la stomatite crémeuse.

Les mots de *muguet* ou *blanchet* servent à désigner une maladie de la muqueuse des voies digestives, une forme de stomatite qui est caractérisée par l'exsudation de petites concrétions blanchâtres, tantôt disséminées, tantôt confluentes.

Le muguet, que beaucoup de médecins, même modernes, ont à tort confondu avec les aphthes, n'a été convenablement étudié que par nos

contemporains, spécialement par les docteurs Véron (1), Lélut (2), Guersant et Blache (3), Valleix (4), et récemment par MM. Trousseau et Delpech (5).

Relativement à l'abondance de l'éruption, le muguet a été divisé en *discret* et en *confluent;* ce dernier a été aussi nommé *malin*, en raison des symptômes généraux graves qui l'accompagnent. Une division plus importante encore est celle qui distingue le muguet en *idiopathique* et en *symptomatique*. Le premier affecte des sujets bien portants et constitue une maladie toute locale; le second, au contraire, se déclare chez des sujets affaiblis et arrivés à une période avancée d'une maladie aiguë, et surtout chronique. Le muguet idiopathique est spécial à l'enfance; celui qui est symptomatique est commun à tous les âges.

Lésions cadavériques. — Parmi les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres, les unes appartiennent au muguet, les autres aux complications. Les premières se retrouvent partout où l'exsudation s'est faite, c'est-à-dire dans la bouche, où elle est constante; dans le pharynx et l'œsophage, où elle est très commune; dans l'estomac, où on la rencontre dans un dixième des cas; dans le tube intestinal, où elle est beaucoup plus rare. Cette exsudation est disposée par petits points blanchâtres, ayant la grosseur d'un grain de riz ou de semoule, plus ou moins rapprochés entre eux; d'autres fois tout l'intérieur de la bouche est revêtu par une couche uniforme et mamelonnée. Cette exsudation, molle, pultacée, inodore, obéissant aux réactifs chimiques comme le ferait le mucus, adhère faiblement à la muqueuse, qui est souvent rouge-bleuâtre, plus sèche, quelquefois ramollie. Des ulcérations se rencontrent fréquemment (dans près de la moitié des cas) à la voûte palatine.

Depuis longtemps on a recherché quel était le siége précis des concrétions dans le muguet. Van Wimperse, qui écrivait en 1787, a prétendu qu'elles se formaient *sous* l'épithélium, et cette opinion a trouvé dans MM. Lélut et Guersant des défenseurs habiles. Billard, au contraire, soutient que l'exsudation se forme *sur* l'épithélium lui-même. Enfin, récemment MM. Trousseau et Delpech ont dit qu'elle se déposait plutôt à la surface de la muqueuse préalablement dénudée. C'est là, comme on le voit, une question d'anatomie pathologique qui n'est pas encore résolue. Tout en appelant de nos vœux de nouvelles recherches, nous croyons cependant qu'examinée tout à fait au début, l'exsudation morbide siège réellement sous l'épithélium; mais un peu plus tard, c'est-à-dire après trois ou quatre jours, on ne peut plus saisir cette disposition, probablement en raison de la destruction spontanée de la couche épidermique. Inutile de dire que la concrétion dont nous parlons est une pseudo-membrane, résultat d'une sécrétion morbide; personne ne le conteste, si ce n'est un micrographe (M. Gruby) qui a émis l'idée singulière que ce produit était une *moisis-*

(1) *Observations sur les maladies des enfants*, Paris, 1825. (2) *Archives*, année 1827. (3) *Dictionnaire de médecine*, article *Muguet*. (4) *Clinique des maladies des nouveaux-nés*. (5) *Journal de médecine*, année 1845.

sure, un parasite végétal, un amas de plantes cryptogames, dont les racines s'implanteraient dans les cellules de l'épithélium.

Chez presque tous les sujets qui succombent, surtout dans les hôpitaux, on trouve la muqueuse intestinale rouge, injectée, ramollie, quelquefois ulcérée; altérations qui tantôt ont précédé, tantôt suivi le muguet. Plus rarement il existe de la rougeur dans les bronches, et dans les poumons diverses formes d'hépatisation.

Symptômes. — D'après M. Valleix, un érythème des fesses et de la partie postérieure des cuisses précéderait presque toujours (17 fois sur 23) le muguet; puis il surviendrait de la diarrhée, un mouvement fébrile plus ou moins intense, et ce n'est que consécutivement à ces accidents que les premiers symptômes buccaux apparaîtraient. Cependant la plupart des auteurs enseignent, au contraire, que la maladie débute sans prodromes, par des accidents du côté de la bouche. Ainsi la langue devient rouge en partie ou en totalité, et ses papilles sont saillantes. La même rougeur se développe dans plusieurs autres points, et s'étend souvent dans toute l'arrière-bouche; la muqueuse qui tapisse ces parties est sèche, luisante; elle est le siége d'une chaleur brûlante. La succion est douloureuse, et la déglutition elle-même devient difficile lorsque l'inflammation érythémateuse s'est propagée dans le pharynx. Cependant, après un ou trois jours, on voit paraître sur les côtés du frein de la langue, sur les bords de cet organe, et à la face interne des joues et des lèvres, ainsi que sur les gencives, une matière crémeuse très analogue pour l'aspect au caséum, disposée, comme nous l'avons déjà dit, par petits points semblables à des grains de semoule, discrets ou confluents, quelquefois recouvrant toute la muqueuse, sur laquelle elle forme une couche uniforme ou des plaques mamelonnées. Dans ce dernier cas, les enfants exercent un mâchonnement continuel; ils tirent fréquemment leur langue hors de la bouche, comme pour expulser un corps étranger qui les gêne. Il est certain que dans les muguets étendus les enfants éprouvent de la douleur; car si on leur introduit le doigt dans la bouche, il est rare qu'ils exercent des mouvements de succion : ils se rejettent au contraire en arrière et pleurent. Chez la plupart, comme nous l'avons dit, on constate l'existence d'ulcérations ovalaires à bords taillés à pic, à surface blanche ou rougeâtre, et siégeant sur le palais ou le frein de la langue. D'après M. Valleix, ces solutions de continuité se montreraient dans la majorité des cas avant même l'apparition des premiers grains de muguet, et il n'est pas rare, d'après cet observateur, de les voir guérir dans le cours de la maladie, alors même que sa terminaison est funeste.

Le muguet, s'il est simple et très discret, peut ne réveiller aucune sympathie morbide; mais presque toujours le pouls s'accélère, la chaleur de la peau s'élève, le ventre est douloureux à la pression; il survient de la diarrhée, du météorisme, des selles liquides, jaunes d'abord, plus tard verdâtres, et auxquelles se joignent ensuite des vomissements de même nature. Dans les évacuations alvines, on découvre souvent une matière crémeuse, pultacée, signe certain que l'exsudation qui existe dans la bouche s'est également formée dans le tube digestif. Dans ce cas, les symptômes

sont plus graves; il y a une soif inextinguible; l'exsudation buccale est brune ou noirâtre; la diarrhée est plus abondante et il survient un amaigrissement rapide et tel, qu'en peu de jours ces enfants ont les yeux caves et éteints, la figure rabougrie et ridée comme celle d'un vieillard; leur voix est cassée, ils tombent dans le coma; leur pouls devient insensible, la chaleur s'éteint, l'érythème des premiers jours se propage au loin, la peau s'ulcère dans divers points, surtout vers les malléoles et les talons (Valleix); enfin, la mort arrive dans un état de prostration extrême.

Cette terminaison est presque constante lorsque le muguet s'étend dans l'intestin, ou bien lorsqu'il existe du côté de la poitrine ou des organes digestifs quelques unes des graves complications que nous avons énumérées. La maladie peut alors se terminer en trois ou cinq jours. Dans la plupart des cas pourtant, la mort est moins prompte; mais la guérison n'a presque jamais lieu : celle-ci ne se remarque que dans les cas où le muguet est bénin et ne détermine point ou peu de fièvre. Alors, au bout de quelque temps, l'exsudation tombe sans se reproduire, ou bien elle ne repullule que dans quelques points. Enfin, assez rarement, la maladie semble passer à la chronicité, c'est-à-dire que pendant un ou plusieurs mois on voit de temps en temps apparaître, dans diverses parties de la bouche, quelques parcelles de muguet sans qu'il en résulte ordinairement aucun trouble bien notable dans les principales fonctions.

Diagnostic. — Le diagnostic du muguet n'offre aucune difficulté; car la présence de petites concrétions blanchâtres, molles, peu adhérente, le différencient et des aphthes et de la stomatite pseudo-membraneuse, dont nous avons traité plus haut.

Pronostic. — Le pronostic du muguet est favorable toutes les fois que la maladie, atteignant un enfant bien constitué, n'excite point ou à peine de fièvre et de diarrhée; toutes les fois, en un mot, qu'il constitue une affection idiopathique de la bouche. Dans le cas contraire, le pronostic est des plus fâcheux, car on voit succomber la plupart des enfants qui en sont atteints. La mortalité est surtout grande en temps d'épidémie, et chez les enfants recueillis dans les hospices. La considération du nombre et la gravité des complications viscérales qui existent presque constamment alors détermineront le degré d'espoir qu'il est permis de conserver dans chaque cas en particulier.

La manifestation du muguet chez un individu déjà malade, quel que soit d'ailleurs son âge, est toujours une circonstance du plus fâcheux augure; car, comme le dit avec raison M. Chomel, son apparition dans les maladies chroniques ôte presque tout espoir d'une heureuse terminaison; elle est, en effet, presque toujours l'avant-coureur d'une mort assez prochaine. Dans les maladies aiguës, sans offrir le même degré de gravité, elle ajoute néanmoins toujours à ce que les autres symptômes peuvent offrir d'inquiétant.

Étiologie. — Le muguet existe à tous les âges; mais il est plus commun chez les enfants à la mamelle, surtout dans les deux premiers mois de l'existence. Ce n'est guère que chez eux qu'on rencontre le muguet

idiopathique; car plus tard, et surtout chez l'adulte et le vieillard, le muguet constitue une lésion secondaire, qu'on n'observe que chez des individus atteints de quelque affection grave. On n'est pas encore bien fixé sur l'influence que la constitution individuelle exerce sur la production du muguet : les uns, avec M. Valleix, regardent la maladie comme étant plus commune chez les sujets forts; la plupart, au contraire, soutiennent avec plus d'apparence de raison qu'une constitution chétive est une prédisposition à la maladie. On ignore l'influence que les climats exercent; quant aux saisons, M. Valleix a vu que plus de la moitié de ses malades avaient été atteints dans les trois mois les plus chauds. Il est bien reconnu que des circonstances hygiéniques défavorables, comme une habitation humide, malpropre, les émanations animales, l'entassement des enfants dans des salles peu aérées, et la mauvaise alimentation, sont des causes très actives du muguet, et expliquent pourquoi cette maladie règne si souvent endémiquement ou épidémiquement dans la plupart des hospices d'orphelins; c'est aussi ce qui rend compte pourquoi le muguet est comparativement plus fréquent chez l'enfant du pauvre que chez celui du riche. Chez ce dernier, la maladie reconnaît presque toujours une cause locale, comme l'allaitement artificiel, des efforts de succion nécessités par un mamelon très court, trop gros ou crevassé, ou bien encore l'irritation produite par un bout de sein inégal ou trop dur. Dans aucun cas, le muguet n'est contagieux.

Traitement. — Le traitement du muguet consiste surtout dans des applications locales. Ainsi, dans la première période, les malades feront usage de collutoires émollients. Les enfants ne pouvant se gargariser, on touche les parties malades avec un pinceau imbibé des mêmes liquides émollients, mucilagineux. Plus tard, lorsque la bouche est recouverte d'une exsudation épaisse, consistante, on ajoute au liquide un quart de liqueur de Labarraque, ou bien un acide végétal, comme du vinaigre, du citron. Préférablement aux acides minéraux, M. Guersant conseille les solutions d'alun plus ou moins étendues, et la plupart vantent celles de borax, dont j'ai moi-même, depuis deux ans, constaté toute l'efficacité dans les nombreux muguets que j'ai vus chez des nouveaux-nés à l'hôpital Saint-Antoine. Dans aucun cas on ne devra tirailler les fausses membranes pour les détacher, car ces manœuvres excitent de la douleur et augmentent l'inflammation. M. Trousseau use en général dans le muguet d'un traitement plus actif : ainsi, dès la première apparition des plaques, il conseille un collutoire avec parties égales de miel rosat et de borax. Si la maladie est réfractaire, il substitue l'alun; mais le plus souvent il a recours à l'acide chlorhydrique fumant, ou à la cautérisation avec le nitrate d'argent. Les moyens généraux à employer seront déterminés d'après l'état du sujet et la période de la maladie. Au début, lorsqu'il n'existe pas de fièvre, on se bornera aux lotions émollientes, à l'usage de l'eau d'orge; on fera moins téter l'enfant, qui d'ailleurs sera soumis à un régime exclusivement lacté. S'il y a de la fièvre, des symptômes inflammatoires vers l'abdomen, on prescrit quelques sangsues sur le ventre ou à l'anus, des bains tièdes, des

cataplasmes, des lavements calmants, additionnés d'une ou de deux gouttes de laudanum de Sydenham, et une diète plus ou moins complète. Enfin, les accidents adynamiques indiquent l'emploi des toniques (sirop d'écorce d'orange, quinquina, etc.) ; mais presque sans espoir de succès. C'est ici que l'eau de sauge, tant vantée dans le muguet presque comme un spécifique, peut trouver son emploi. Les complications, si fréquentes du côté du tube digestif, feront toujours redouter l'usage des émétiques et des purgatifs, que quelques auteurs ont préconisés dans la première période de l'affection. Cependant M. Trousseau se loue, dans l'entérite du muguet, de l'emploi de l'ipéca à dose vomitive. Il donne, en outre, le sous-nitrate de bismuth, et, dans les diarrhées rebelles, il va jusqu'à proposer les lavements avec le nitrate d'argent; c'est ce que nous n'avons jamais osé tenter nous-même. L'érythème, si fréquent dans le muguet, n'exige d'autres soins que des lotions avec l'eau blanche.

Dans le muguet qui arrive à la période ultime des maladies aiguës et chroniques, on se bornera à calmer la chaleur dont la bouche est le siége, par quelques gargarismes simplement émollients ou rendus légèrement astringents par de l'alun ou du borax.

Nature. — Le muguet est une forme particulière de la stomatite, il constitue parfois une affection toute locale et primitive, mais ayant de la tendance, surtout chez les enfants pauvres, chez ceux des hospices particulièrement, à s'étendre dans le tube digestif et à se compliquer de quelque lésion grave de ces organes. Chez ces derniers surtout, on voit encore la maladie survenir comme affection secondaire; mais ce n'est pas là une raison suffisante pour regarder le muguet, avec M. Valleix, comme étant un épiphénomène ou bien une lésion consécutive de l'entérite du jeune âge ; la pratique civile contredit tous les jours cette proposition, et dans les hôpitaux où, comme à Saint-Antoine, sont reçus des enfants allaités par leur mère, rien n'est plus commun non plus que de rencontrer des cas de muguet tout à fait idiopathique. Cependant nous n'hésitons pas à reconnaître que souvent le muguet se montre comme complication d'un état grave de l'économie, spécialement d'une phlegmasie du tube digestif.

Des aphthes ou de la stomatite folliculeuse.

La stomatite *aphtheuse*, aussi nommée *ulcéreuse* ou *folliculeuse*, est caractérisée par l'éruption dans la bouche de petites vésicules transparentes ou d'un gris de perle qui prennent au bout de quelques heures l'aspect pustuleux, se transforment, dès le deuxième ou le troisième jour, en ulcérations douloureuses, dont la cicatrisation se fait quelquefois attendre pendant un ou deux septénaires, mais qui ne laissent d'autre trace qu'une petite tache rouge qui disparaît très promptement.

On distingue deux espèces d'aphthes suivant le caractère discret ou confluent de l'éruption. L'aphthe *discret* est très fréquent; il constitue ordinairement une affection toute locale. On n'observe alors que quelques vésicules dans la bouche, spécialement derrière les lèvres, sur les bords

de la langue ou à la partie moyenne des joues. Le jour même, ou au plus tard dès le lendemain de leur apparition, elles s'entourent d'un bourrelet grisâtre, blanchâtre, dur, ce qui donne alors à la maladie un caractère pustuleux : bientôt l'épithélium se détache, et on voit à nu une ulcération lenticulaire pouvant avoir presque l'étendue d'une pièce de 25 ou 50 centimes; ses bords et sa surface sont saillants, durs, grisâtres, souvent saignants et toujours très douloureux. Les malades éprouvent de la sécheresse ou une sensation insolite d'humidité dans la bouche; l'haleine est fétide comme dans toutes les stomatites; la mastication et l'impression des substances chaudes exaspèrent les souffrances; chez les enfants à la mamelle, la succion paraît douloureuse, et les fluides qui baignent la bouche sont souvent assez irritants pour excorier le mamelon. Souvent, dans les cas dont nous parlons, les ganglions sous-maxillaires augmentent de volume et deviennent douloureux. Souvent aussi il y a du malaise, de l'inappétence, un peu de diarrhée et un léger mouvement fébrile qui persiste peu de temps. Cette période d'ulcération ne dure ordinairement que trois ou quatre jours; elle peut parfois se prolonger pendant un et même deux septénaires. Lorsque la guérison survient (et c'est là la terminaison constante de la maladie), les bords s'affaissent, la surface se déterge, prend une couleur rouge; puis brusquement, c'est-à-dire en trente-six heures ou même du jour au lendemain, elle se cicatrise, et la place qu'elle occupait est à peine marquée pendant quelques jours par une petite tache rougeâtre.

Il n'en est plus de même de la forme confluente, qui, rare en France, est commune en Hollande, où elle règne parfois épidémiquement. Ici l'éruption est précédée et accompagnée de fièvre et de troubles graves du côté des organes digestifs. Les aphthes recouvrent la face interne des joues et des lèvres; on les retrouve sur le voile du palais et dans l'arrière-bouche. Ils sont partout plus ou moins confluents et ressemblent assez à une éruption varioleuse; c'est ce qui explique le malaise et les douleurs que les malades éprouvent pendant la déglutition. Dans ces cas, la bouche est le siége d'une vive cuisson : elle est sèche ou baignée par un liquide filant; il y a des vomituritions, de la diarrhée, une angoisse inexprimable, de la fièvre, et la mort arrive souvent au milieu d'accidents typhoïdes fort graves, dont la manifestation paraît coïncider le plus souvent avec la reproduction, sur la muqueuse gastro-intestinale, des ulcérations aphtheuses qui existent dans la bouche. Cependant on ne possède encore à ce sujet aucune recherche positive. D'autres fois les accidents adynamiques sont consécutifs à la gangrène qui s'empare des ulcérations aphtheuses, celles-ci deviennent alors noirâtres et fétides. La mortification peut aussi s'étendre aux parties molles de la bouche. Cette terminaison toutefois est rare, et on ne l'observe guère que chez les sujets débilités ou qui sont placés au milieu de conditions hygiéniques défavorables. Quoi qu'il en soit, les aphthes confluents se prolongent communément pendant deux septénaires; ils ont une marche assez lente.

Diagnostic. — Nous verrons qu'il est très facile de distinguer l'aphthe

qui consiste dans l'ulcération des follicules mucipares, des solutions de continuité produites par le virus syphilitique et par l'action du mercure. Le caractère ulcéreux distingue l'aphthe du muguet, lors même que quelques petites concrétions existeraient au pourtour de l'ulcération. Enfin la stomatite diphthéritique, par la formation des fausses membranes qui tombent ou qu'on détache, et par l'aspect de la muqueuse, qui, au-dessous d'elles, est violacée, ramollie, saignante, ulcérée, n'offre pas même de l'analogie avec l'inflammation aphtheuse.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque l'éruption aphtheuse est confluente ou lorsqu'elle est suivie de gangrène.

Étiologie. — Les aphthes sont surtout très fréquents dans l'enfance et la jeunesse, mais ils peuvent se montrer également à tous les autres âges. Une constitution lymphatique, une mauvaise alimentation, semblent y prédisposer ou les déterminer. Cependant le développement de la maladie a lieu si fréquemment dans les conditions les plus opposées, qu'il est impossible d'émettre sur son étiologie aucune opinion raisonnable. Les aphthes semblent d'ailleurs constituer souvent une affection symptomatique, quelquefois consécutive à un état général plus ou moins grave : c'est ainsi qu'ils existaient fréquemment dans l'épidémie de Gœttingue, dont Rhœderer et Wagler nous ont laissé la relation. Souvent ils coïncident avec un état saburral des premières voies, ou bien ils règnent pendant certaines constitutions médicales. Ce sont des accidents assez fréquents dans le cours de l'état puerpéral.

Traitement. — A l'aphthe simple, discret, il suffit, presque toujours, d'opposer un traitement topique, consistant, au début, en des lotions mucilagineuses, émollientes, rendues plus calmantes par l'addition de quelques gouttes de laudanum. Puis, dès que la douleur et la tension des parties ont diminué, on remplace les moyens précédents par des astringents, comme l'acétate de plomb, le sous-borate de soude, l'acide chlorhydrique, l'alun; enfin, il sera souvent utile, pour modifier promptement la surface de l'ulcération, de la toucher avec un crayon d'azotate d'argent. Ce moyen a même été conseillé comme utile dès le début, et comme pouvant arrêter le mal dans son développement. Il est vrai que quelquefois on a réussi de la sorte à faire avorter un aphthe commençant, mais le plus souvent nous avons vu un résultat contraire; de sorte que nous ne croyons ce moyen utile qu'après la période inflammatoire, lorsqu'il importe de modifier l'état local pour déterminer la cicatrisation. A ces moyens on joindra un régime doux, l'usage de boissons acidulées, de bains tièdes, et parfois l'emploi d'un laxatif. Dans les aphthes confluents, indépendamment de la médication locale qui est la même, il convient souvent de tirer du sang par la veine ou par une application de sangsues sous les mâchoires.

Nature et siége. — Les aphthes sont une forme d'inflammation des membranes muqueuses; la vésicule constitue l'élément primitif de la maladie. Quant à son siége, Billard a essayé de le placer dans les follicules mucipares; d'autres, dans la muqueuse elle-même. Bichat et Gardien

n'ont pas osé se prononcer, et nous imiterons leur réserve ; car cette question ne nous paraît pas encore résolue ; si nous ne consultions que nos propres observations, nous dirions que les aphthes n'ont pas, à proprement parler, de siége anatomique ; en effet, ils nous ont semblé se développer tantôt sur les follicules et tantôt sur la muqueuse seule.

De deux autres formes de stomatite ulcéreuse et pustuleuse.

On pourrait encore admettre plusieurs autres formes de stomatite : ainsi il est des ulcères de la bouche qui surviennent après une solution de continuité de la membrane muqueuse, produite par un corps étranger ou par la pression d'une dent inégale, déviée, rompue. Ces ulcères, qui siègent surtout aux joues, ou tout à fait en arrière, au voisinage des dernières molaires, sont souvent très douloureux, et peuvent acquérir une étendue égale à une pièce d'un franc ; leurs bords ont une dureté squirrheuse ; leur surface est inégale, grisâtre, saignante, et exhale une odeur fétide très désagréable. Il est de ces ulcères qui ont un aspect vraiment repoussant, et qui, à la vue et au toucher, pourraient donner l'idée d'un ulcère cancéreux, si la cause qui les a produits et la marche qu'ils ont suivie n'en indiquaient aisément la nature.

Le traitement sera le même que pour les aphthes ; il faut surtout se hâter de modifier la surface à l'aide du nitrate d'argent.

Une autre forme de stomatite que nous devons signaler est celle qu'on pourrait appeler *pustuleuse*, car elle est caractérisée par le développement de pustules sur la muqueuse buccale, spécialement à la face interne des joues et sur la voûte palatine. On l'observe toujours dans la variole ; l'éruption de la bouche est ici de même nature que celle des téguments. Des pustules semblables surviennent aussi fréquemment sur les mêmes parties, et dans le pharynx, après l'emploi de l'émétique à haute dose. Les malades se plaignent, dans ces cas, de chaleur et de cuisson dans la bouche. Cette cavité est inondée de salive et souvent tapissée de mucosités filantes. Il suffit généralement de quelques collutoires émollients ou légèrement acidulés pour triompher de la maladie en quelques jours.

De la stomatite mercurielle.

On désigne sous les noms de *ptyalisme mercuriel*, de *salivation*, ou de *stomatite mercurielle*, l'inflammation de la bouche qui se développe consécutivement à l'absorption du mercure, et qui résulte de l'action spéciale que ce métal exerce sur la membrane muqueuse et sur les glandes salivaires.

Symptômes, *marche*, *terminaisons*. — Au début, les malades éprouvent dans la bouche une sensation insolite de chaleur et de sécheresse ; ils ont une saveur métallique désagréable. Bientôt les gencives se tuméfient, deviennent douloureuses, saignent et se ramollissent ; elles sont d'un

rouge blafard dans la plus grande partie de leur étendue, excepté vers le collet des dents, où elles offrent un liseré rouge et violacé, et plus tard blanchâtre; bientôt elles s'ulcèrent et se détachent des dents. Celles-ci, couvertes d'un enduit sale, limoneux, sont comme écartées, puis vacillantes, agacées; les malades éprouvent, toutes les fois qu'ils rapprochent leurs mâchoires comme pour mâcher, une sensation comme si leurs dents étaient allongées. Cet allongement d'ailleurs est peut-être réel, et s'explique par l'ébranlement que les dents ont subi, et par la propagation de la phlegmasie dans les alvéoles. La bouche du malade exhale dès le début une fétidité toute spéciale qui diffère de celle qu'on trouve dans toutes les autres stomatites; elle a ici un caractère particulier et vraiment pathognomonique. La muqueuse buccale est généralement tuméfiée et comme infiltrée; elle offre çà et là un enduit blanchâtre d'abord pointillé; plus tard ce sont des plaques; cette disposition est surtout remarquable sur la langue. A cette époque, l'état de sécheresse de la bouche est remplacé par une sécrétion abondante de fluide salivaire. Si la maladie continue de s'accroître, la tuméfaction des parois buccales et des parties renfermées dans cette cavité augmente; les joues, au niveau des grosses molaires, les lèvres, surtout l'inférieure, et la langue à sa pointe et à son bord, présentent des sillons verticaux, et bientôt de véritables ulcérations souvent couvertes de pseudomembranes, et séparées par des crêtes d'un rouge vif qui correspondent à la saillie des dents et aux intervalles qui les séparent. A un degré encore plus avancé, la langue acquiert un volume plus considérable; parfois même, ne pouvant plus être contenue dans la bouche, elle sort de cette cavité, et fait saillie au-delà des arcades dentaires, qui pressent douloureusement sur elle. La pointe de l'organe, ainsi exposée à l'air, se dessèche et brunit; la pression contre les dents étant alors plus forte, on voit les ulcérations s'agrandir, prendre une couleur grisâtre; souvent aussi des escarres se forment. Toute la face est tuméfiée; le gonflement s'étend aux glandes parotides, sous-maxillaires, et aux ganglions; la pression exercée sur ces parties est très douloureuse. De la bouche entr'ouverte s'écoule sans cesse un liquide clair, grisâtre et très fétide, dont la quantité peut s'élever à 1, 2, ou 3 kilogrammes dans les vingt-quatre heures. Quelques malades se plaignent aussi de la gorge et souffrent des oreilles, par suite de l'extension de la phlegmasie au pharynx et aux trompes d'Eustache. Ces malheureux sont alors dans un état de malaise inexprimable; ils ne peuvent ni mâcher, ni avaler, ni entendre, ni parler; les douleurs qu'ils éprouvent, aussi bien que la sécrétion incessante de la salive qui s'écoule sans cesse hors la bouche, empêchent tout sommeil. La face est pâle; il y a une céphalalgie vive, une réaction fébrile plus ou moins considérable, et, comme dans toute autre inflammation, la quantité de fibrine augmente. Si la stomatite, au lieu de s'amender, continue ses progrès, les gencives tombent en putrilage; la phlegmasie se propageant au périoste alvéolo-dentaire, les dents noircissent, deviennent vacillantes, puis elles tombent; les joues se gangrènent, et une portion considérable des os maxillaires peut aussi se nécroser. L'état général est en rapport avec ces

graves désordres, qui, heureusement, sont rares aujourd'hui, mais qui, communs autrefois, ont provoqué la mort de beaucoup de malades. Ceux qui, plus heureux, y ont survécu, ont souvent eu des cicatrices vicieuses qui les ont défigurés, ou qui ont gêné ou empêché les fonctions de la bouche et des organes qui y sont contenus. Plus souvent on voit des malades atteints d'un ptyalisme aussi abondant tomber dans le marasme, puis succomber inévitablement, si la sécrétion morbide ne s'arrête bientôt ; ceux qui se rétablissent restent longtemps pâles, amaigris, et ont toujours une convalescence extrêmement longue. Lorsque la stomatite marche vers la guérison, la tuméfaction et le ptyalisme diminuent, les ulcérations se détergent, les dents reprennent leur solidité, les malades peuvent manger sans douleur des substances molles, humides ; mais il leur est encore impossible de mâcher des corps solides, comme du pain, sans provoquer des douleurs vives et le saignement des gencives.

Durée. — La maladie a une durée plus ou moins longue ; lorsqu'elle est très bénigne, elle peut se terminer en quatre ou six jours ; mais pour peu qu'elle soit grave, elle se prolonge pendant au moins deux septénaires et quelquefois au delà. Il n'y a pourtant pas toujours un rapport exact entre la gravité de la maladie et sa durée ; il n'est pas rare, en effet, de voir des stomatites mercurielles de médiocre intensité produire pendant plusieurs mois une salivation abondante qui épuise les malades. Ces ptyalismes mercuriels à marche chronique sont presque toujours entretenus par quelque altération de la muqueuse, qui est gonflée, saignante, ulcérée dans quelques points ; cependant, chez un petit nombre, les parties molles semblent être revenues à leur état physiologique ; elles sont alors plutôt pâles que rouges, on dirait qu'il n'existe dans ces cas qu'une simple habitude de sécrétion morbide. Le plus souvent la guérison une fois survenue est définitive : cependant quelques personnes conservent encore pendant longtemps un état de susceptibilité de la muqueuse buccale, qui se gonfle et s'ulcère facilement ; chez d'autres, les dents se carient, ou bien elles tombent avant l'âge, spontanément et sans être gâtées.

Diagnostic. — Le diagnostic de la stomatite mercurielle n'est jamais difficile ; la puanteur toute particulière de la bouche serait à elle seule un caractère presque pathognomonique. On a prétendu pourtant qu'il était quelquefois difficile et même impossible de distinguer les ulcérations mercurielles de celles qui sont produites par le virus syphilitique. Cependant nous pensons que la distinction est facile : car les premières occupent la face interne des joues et correspondent communément à la saillie des dents ; les autres sont ordinairement situées sur le pharynx et les amygdales, ou à la face supérieure de la langue, quelquefois aux lèvres ; celles-ci sont arrondies, à fond grisâtre ; leurs bords sont taillés à pic, tandis que les ulcérations mercurielles sont superficielles, irrégulières et couvertes de concrétions membraneuses.

Pronostic. — Aujourd'hui le ptyalisme mercuriel compromet rarement la vie, excepté lorsqu'il est trop abondant ou qu'il provoque dans la bouche des destructions considérables. Le pronostic n'est grave que dans ce cas ;

dans tous les autres la maladie n'est qu'incommode, dégoûtante, souvent rebelle, mais nullement dangereuse.

Étiologie. — Toutes les préparations mercurielles peuvent produire la salivation; mais nulle ne la détermine aussi sûrement et aussi promptement que le calomel, lorsqu'on le donne à très petites doses. Après lui viennent l'onguent mercuriel en frictions, la pommade citrine (nitrate de mercure); le mercure gommeux de Plenck, comme dans les pilules de Belloste; le mercure métallique en vapeur, comme cela arrive quelquefois chez les ouvriers qui travaillent ce métal. On a vu également la salivation survenir chez des individus auxquels on avait administré le mercure métallique; mais, pour qu'il ait cet effet toxique, il a besoin de séjourner assez longtemps dans les organes digestifs pour s'y diviser, s'oxider et se transformer en bichlorure de mercure (Orfila). La facilité avec laquelle la salivation est produite varie beaucoup chez les divers individus; il en est, en effet, qui résistent aux mercuriaux sous quelque forme et à quelque dose qu'on les administre, tandis que d'autres ont une susceptibilité telle qu'une petite friction avec l'onguent gris, ou une cautérisation avec le nitrate acide de mercure, ou l'administration de 15 ou 25 centigrammes de calomel, déterminent une abondante salivation. Une température froide, l'habitation dans des lieux humides, une constitution molle, le peu d'activité des principales sécrétions et surtout de la transpiration cutanée, sont les circonstances qui favorisent le plus souvent le développement de la stomatite mercurielle.

Traitement. — Dès les premiers indices de salivation, il faut suspendre l'emploi des mercuriaux, puis prescrire des pédiluves irritants; établir une forte révulsion sur le tube digestif à l'aide de purgatifs un peu énergiques, comme l'huile de croton (1 à 3 gouttes). En outre, le malade conservera dans sa bouche un liquide émollient, mucilagineux. Les moyens abortifs, tels que la glace et divers collutoires astringents, préconisés par quelques personnes, n'ont pas ordinairement l'effet qu'on leur attribue. Nous en dirons autant de plusieurs médicaments donnés dans la pensée de neutraliser le mercure, tels que les acides sulfurique, nitrique, l'iode et les chlorures, l'or, le soufre, les sulfures de chaux ou de magnésie; substances qui toutes sont inutiles, et dont la plupart même sont plutôt nuisibles. L'acide chlorhydrique, au contraire, est un médicament qui jouit d'une véritable efficacité; car, employé au début de la stomatite, il l'a fait souvent avorter. Pour obtenir ce résultat, on touche les gencives et la portion de la muqueuse qui commence à se boursoufler avec un pinceau de charpie trempé dans de l'acide chlorhydrique pur, en ayant soin d'essuyer les dents lorsque l'acide les a touchées. Cette cautérisation superficielle, qui sera répétée deux ou trois fois, change le mode d'inflammation de la muqueuse et épargne presque toujours au malade les désagréments et souvent les dangers de la salivation, pourvu toutefois qu'elle soit faite dès le début. Cette pratique a été surtout conseillée dans ces derniers temps par M. Ricord, et plus récemment par M. Beaumès de Lyon. Je la crois généralement bonne, et ne partage nullement contre elle les préventions d'un

honorable et habile médecin, M. Requin, qui paraît vouloir la proscrire pour donner la préférence aux simples astringents.

Lorsque la cautérisation échoue, ou bien lorsqu'on ne peut l'employer à cause de la violence des symptômes inflammatoires, on devra insister sur les antiphlogistiques : ainsi, la fréquence et la force du pouls pourront nécessiter une ou deux saignées générales ; le plus souvent il suffira de faire une ou plusieurs applications de sangsues sous la mâchoire inférieure. Ces parties seront couvertes de cataplasmes émollients ; on prescrira des gargarismes mucilagineux, des bains tièdes, et les moyens révulsifs précédemment indiqués; enfin on donnera l'opium pour calmer les souffrances, mais non dans l'espoir d'agir directement, comme on l'a cru, sur la maladie elle-même. Lorsque les symptômes inflammatoires se sont modérés, on rendra les collutoires astringents par l'addition du miel rosat et du sous-acétate de plomb, qu'on élèvera successivement à la dose de 8, 12, 20, 30 grammes et plus pour 120 de véhicule; d'autres préfèrent l'alun, qu'on donne à la dose de 50 à 80 grammes par litre de liquide ; ou bien trois ou quatre fois par jour on le porte directement avec le doigt sur les gencives; c'est la pratique que suit M. Velpeau. Les moyens dont nous venons de parler ont été préconisés dès le début de la maladie à titre d'abortifs ; mais nous les croyons dangereux à cette époque : ils sont mieux indiqués à une période plus avancée. Quoi qu'il en soit, avec les astringents on continue les moyens révulsifs et on excite les principales sécrétions, notamment la transpiration, par l'emploi des bains de vapeur. La persistance des ulcérations exige souvent qu'on les cautérise avec le nitrate d'argent ou avec l'acide chlorhydrique ; mais comme elles persistent souvent par suite de la pression des dents, on devra, d'après le conseil de M. Ricord, couvrir celles-ci de pâtes molles préparées avec la guimauve et l'opium, ou chargées de chlorure de soude. Cette précaution suffit souvent à elle seule pour guérir des ulcérations qui avaient résisté à tous les autres moyens. Il est inutile de dire que lorsque la maladie est très aiguë, il faut soumettre les malades à une diète rigoureuse ; plus tard, quand l'inflammation se modère, on donne du lait, du bouillon, des potages, des bouillies, des gelées, ou tout aliment qui ne nécessite pas des efforts de mastication.

Nature. — Beaucoup de médecins, même encore de nos jours, regardent la stomatite mercurielle comme une maladie des glandes salivaires, spécialement des parotides ; mais il suffit d'avoir lu avec quelque attention la description précédente pour être convaincu que ce qu'on nomme vulgairement la *salivation mercurielle* n'est autre qu'une variété de la stomatite. L'inflammation des glandes salivaires ne constitue jamais le phénomène prédominant ; il est toujours consécutif. La supersécrétion de la salive qu'on observe dépend d'ailleurs bien moins d'une action directe que le mercure exercerait sur les glandes salivaires que de l'inflammation de la muqueuse buccale, qui agit sympathiquement sur elles, en vertu de cette loi qui veut que la plupart des sécrétions soient augmentées lorsqu'une phlegmasie existe à l'extrémité d'un conduit excréteur. Ajoutons

enfin que le fluide qui s'échappe de la bouche est en grande partie fourni par les follicules de la muqueuse. Quoi qu'il en soit, il est probable que le mercure agit directement sur la membrane et qu'il est peut-être éliminé par la sécrétion dont celle-ci est le siége.

DE LA GLOSSITE.

La glossite, ou inflammation de la langue, peut n'occuper que la membrane muqueuse ; d'autres fois elle envahit primitivement ou consécutivement le tissu même de l'organe ; de là la distinction de la glossite en *superficielle* et en *profonde*.

Symptômes, *marche*, *terminaisons*. — La glossite superficielle peut être caractérisée par les diverses altérations qu'on rencontre dans les variétés de stomatite que nous venons d'étudier. C'est ainsi que nous avons vu le muguet commencer presque toujours par la langue. On voit également cet organe être fréquemment le siége d'aphthes, de productions membraneuses et d'ulcérations diverses. Il est une forme de glossite superficielle dans laquelle il existe à peine une très légère tuméfaction de la langue ; la surface de l'organe, rouge, sèche, entièrement dépouillée de l'épithélium, montre à nu les papilles saillantes, ce qui explique la douleur cuisante que le contact des substances les plus douces excite. Le goût est en même temps perverti, altéré ; la parole est difficile ; les ganglions du cou sont fréquemment tuméfiés et douloureux. Souvent aussi il existe des troubles primitifs ou sympathiques du côté des organes digestifs. Cette espèce de glossite a presque toujours une heureuse terminaison : cependant on l'a vue quelquefois être suivie de gangrène.

D'autres fois l'inflammation semble n'affecter que l'appareil folliculaire, surtout celui de la base de l'organe : c'est cette forme de glossite que M. Requin désigne sous le nom de *papillaire*. Les papilles, rouges, dures et saillantes, déterminent alors un sentiment de chaleur, de picotements, qui augmente et devient insupportable pour peu que les aliments soient sapides. Comme M. Requin, je n'ai encore rencontré cette forme de glossite que chez des femmes nerveuses, hystériques; elle est ordinairement très opiniâtre.

Dans la glossite profonde ou parenchymateuse, les symptômes sont bien autrement graves : en quelques heures, on voit la langue acquérir un volume tellement considérable, qu'après avoir rempli toute la bouche elle sort en partie au dehors, tandis que sa base fait saillie vers le pharynx et repousse l'épiglotte, ce qui produit fréquemment des accidents d'asphyxie. On conçoit aussi que dans ces cas la déglutition et l'articulation des sons doivent être impossibles. Enfin la circulation cérébrale éprouve elle-même une gêne extrême, par suite de la compression des vaisseaux du cou : c'est ce qui explique les symptômes apoplectiques que quelques malades présentent ; la face est alors bouffie et bleuâtre ; la partie de la langue qui sort de la bouche est tendue, rouge ou violacée. Les symptômes généraux sont en raison directe de l'intensité de la phlegmasie et du trouble des fonctions respiratoires.

La glossite parenchymateuse peut se terminer par résolution ou bien être suivie de suppuration et de gangrène ; la mort peut être l'effet de ces deux derniers accidents ; d'autres fois elle est le résultat de l'asphyxie : celle-ci arrive ordinairement à une époque encore peu avancée, c'est-à-dire au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Diagnostic et pronostic. — D'après ce que je viens de dire, il est évident que le diagnostic de la glossite est toujours facile. On doit également juger combien le pronostic doit être grave lorsque l'inflammation occupe les tissus cellulaire et charnu de l'organe. La gangrène ne laisse guère d'espoir de salut ; cependant il existe dans la science plusieurs cas où, nonobstant une si fâcheuse terminaison, la guérison a pu avoir lieu.

Étiologie. — La glossite superficielle reconnaît ordinairement les mêmes causes que la stomatite. Un habile médecin de Rennes, M. Toulmouche, a signalé dans la *Gazette médicale de* 1842, comme une cause fréquente de glossite ou plutôt de glosso-stomatite, l'habitude vicieuse des fileuses de chanvre, qui se servent de leur salive pour façonner le fil, et ne cessent de toucher avec leur langue la filasse et leurs doigts : aussi voit-on l'inflammation commencer ordinairement par les papilles, qui sont rouges, saillantes, très sensibles, et se détruisent ensuite très souvent par une sorte d'érosion superficielle ou profonde. Cette espèce de glossite n'a qu'une durée de trois ou quatre jours.

La glossite profonde paraît être rarement primitive : elle est quelquefois produite par une blessure de l'organe, plus souvent elle est l'effet de l'action du mercure ; elle accompagne souvent la stomatite mercurielle; parfois elle se déclare comme lésion secondaire dans certaines fièvres graves.

Traitement. — La glossite profonde exige un traitement extrêmement énergique ; ainsi on devra pratiquer une ou plusieurs saignées larges ; on mettra un grand nombre de sangsues sous la mâchoire inférieure ; on insistera sur les révulsifs cutanés et les lavements. Enfin, si les accidents sont tellement intenses que le malade soit menacé de suffoquer par suite du volume excessif de la langue, il faut pratiquer une scarification profonde dans toute la longueur de l'organe ; cette opération amène souvent un dégorgement rapide. La glossite superficielle exige l'emploi de collutoires mucilagineux qu'on rend légèrement résolutifs aussitôt que l'inflammation commence à s'éteindre.

DES ANGINES.

Le mot *angine* (de αγχω, *j'étrangle*) servait à désigner, dans le langage des anciens médecins, toutes les difficultés d'avaler ou de respirer produites par une cause placée au-dessus du poumon ou de l'estomac. Mais aujourd'hui cette expression n'est guère usitée que pour dénommer les phlegmasies des membranes muqueuses comprises entre l'arrière-bouche, le cardia et l'origine des bronches.

Les angines ont reçu des noms particuliers, suivant leur siége spécial et leur mode de terminaison, leur nature et l'espèce d'altération qui les

constitue. Les principales sont les angines *gutturale, tonsillaire, pharyngée*, *œsophagienne*, *laryngée*, *trachéale*, *œdémateuse* et *pseudo-membraneuse*. La plupart peuvent exister à l'état aigu ou à l'état chronique; mais quelques unes ont une marche toujours aiguë. Nous ne devrons nous occuper ici que des angines qui occupent le pharynx ou l'œsophage, renvoyant l'étude des autres à l'époque où nous traiterons des phlegmasies de l'arbre aérien.

DE L'ANGINE GUTTURALE ET DE L'ANGINE PHARYNGÉE AIGUES.

Dans l'angine gutturale, l'inflammation occupe la muqueuse qui tapisse l'isthme du gosier, le voile du palais, ses piliers, la luette, ainsi que les amygdales.

Symptômes de l'angine gutturale. — Survenant ordinairement sans prodromes, les malades éprouvent dès le début un peu de douleur et un sentiment de sécheresse dans la gorge; la déglutition est difficile, et la voix offre souvent un timbre nasonné. Si, plaçant le malade en face d'une croisée ou d'une lumière, on lui fait ouvrir la bouche pour voir les parties affectées, on trouve celles-ci à peine tuméfiées; mais la membrane muqueuse est rouge, luisante et sèche; plus tard elle est tapissée par un mucus filant, qui parfois se condense et forme une couche grisâtre, surtout sur les amygdales. Quelques malades éprouvent un besoin presque continuel d'avaler, ce qui s'explique surtout par le gonflement et l'allongement de la luette, qui vient chatouiller sans cesse la base de la langue, et détermine quelquefois aussi des nausées et des vomissements. Dans la plupart des cas, les malades ont un goût fade et amer; presque toujours leur haleine est désagréable ou fétide. L'appétit est rarement intact : le plus souvent il est diminué ou perdu; il existe de la soif, de la constipation ou de la diarrhée; enfin, si l'inflammation est vive, il survient un appareil fébrile ayant presque toujours fort peu d'intensité. Après s'être accrus pendant un, deux ou trois jours, les accidents diminuent bientôt d'intensité, et la maladie se termine par résolution. On cite pourtant quelques cas assez rares où de la suppuration s'est formée dans la luette ou le voile du palais; on le reconnaît au volume de ces parties, et à leur coloration bleuâtre ou blanchâtre; d'ailleurs, en portant sur elle l'extrémité du doigt, on sent la fluctuation, et cette simple pression suffit souvent pour provoquer la rupture du petit abcès. D'autres fois celle-ci s'opère à la suite d'efforts de vomissements et de toux.

Symptômes de l'angine pharyngée. — Comme le nom l'indique, dans l'angine pharyngée l'inflammation occupe la membrane muqueuse du pharynx; mais les symptômes sont différents, suivant que la phlegmasie affecte cette portion supérieure du pharynx qu'on voit lorsqu'on ouvre la bouche, ou bien la partie inférieure de cet organe, qui est inaccessible à la vue. Dans le premier cas, il y a un sentiment d'ardeur, de cuisson et de sécheresse dans la gorge; la muqueuse est rouge, sèche, luisante ou tapissée par un mucus grisâtre et très adhérent. La déglutition est moins pénible que

dans l'angine gutturale ; on n'observe pas non plus, comme dans celle-ci, ni le nasonnement ni le besoin d'avaler. Mais les malades sont tourmentés par une *toux gutturale*, qui finit par provoquer, après quelques efforts, l'expulsion du mucus tenace qui tapisse la paroi postérieure du pharynx.

Lorsque l'inflammation occupe la partie inférieure du pharynx, les malades rapportent la difficulté et la douleur qu'ils éprouvent en avalant, au niveau de l'ouverture supérieure du larynx. Il semble à quelques uns que le bol alimentaire subit dans ce point un temps d'arrêt. Les mouvements imprimés au larynx, ainsi que la pression exercée sur les parties latérales du cou, augmentent souvent les souffrances. L'inspection de la gorge, même en déprimant fortement la langue, ne peut laisser apercevoir les parties affectées. Cependant, dans quelques cas rares où l'inflammation se propage à l'épiglotte, on parvient, en déprimant fortement la base de la langue, à apercevoir cet organe, qui est d'un rouge intense, et qui ressemble, par sa couleur et par son volume, à une cerise offrant à son centre une dépression longitudinale.

L'angine pharyngée excite rarement de la fièvre ; elle se termine toujours par résolution, après une durée qui varie de un jour jusqu'à plusieurs semaines; d'autres fois elle passe à l'état chronique. Ses récidives sont très fréquentes.

Diagnostic. — Les symptômes et surtout l'inspection des parties permettront toujours de reconnaître les angines gutturale et pharyngée. Chez les enfants naissants, il faut éviter pourtant de prendre pour une inflammation la rougeur naturelle de la gorge, qui existe souvent chez eux pendant les dix ou douze premiers jours de la vie. On distingue celle-ci de celle qui est inflammatoire, parce qu'elle n'excite jamais de fièvre, et qu'elle ne s'accompagne d'aucune gène appréciable dans la déglutition.

Pronostic. — Le pronostic n'est jamais grave.

Étiologie. — Les angines pharyngée et gutturale sont surtout communes chez les enfants et les jeunes gens ; elles sont fréquentes au printemps ; elles sont souvent provoquées par l'action de vapeurs irritantes, par le contact de corps trop chauds ou trop froids. Mais leurs causes les plus communes sont les perturbations atmosphériques et le refroidissement du corps : aussi règnent-elles souvent épidémiquement.

Traitement. — L'usage de boissons douces, de gargarismes émollients, de quelques pédiluves irritants et d'un laxatif, sont les seuls moyens actifs de traitement à opposer aux angines gutturale et pharyngée. Il est inutile de dire que ces moyens devront être secondés par le repos au milieu d'une température uniforme, et par la diète, s'il y avait de la fièvre. Dans ce dernier cas, une saignée pourrait même être utile. Enfin, on combattra par une médication appropriée les complications qui pourraient exister. La plus fréquente est un embarras gastrique qui nécessitera l'emploi d'un vomitif. On a encore préconisé, dès la période la plus aiguë, les astringents, et notamment l'alun ; mais nous parlerons de l'usage de ces médicaments lorsque nous traiterons de l'amygdalite.

DES ANGINES GUTTURALE ET PHARYNGÉE CHRONIQUES.

Les angines gutturale et pharyngée peuvent être chroniques. Cet état est tantôt primitif, et tantôt il est consécutif à la forme aiguë.

L'angine gutturale ou pharyngée chronique est caractérisée par une coloration violacée, bleuâtre, de la membrane muqueuse, qui offre souvent un pointillé rouge et un mamelonnement d'un rouge pâle ou bleuâtre, surtout marqué à la paroi postérieure du pharynx. En même temps, les malades accusent de l'ardeur dans la gorge et un sentiment de sécheresse dans cette partie. La déglutition est difficile, douloureuse, surtout le matin ou au commencement de chaque repas. Les malades expulsent, après beaucoup d'efforts, des mucosités grisâtres et comme pelotonnées. Tous ces accidents augmentent après les excès d'intempérance ou les changements atmosphériques. Les malades éprouvent, en outre, une fatigue notable à parler et à chanter; les sons, surtout les sons aigus, sont plus ou moins altérés. Les angines gutturale et pharyngée peuvent durer indéfiniment, comme plusieurs mois ou des années entières. Elles passent de temps en temps à l'état aigu, et c'est parfois à la suite d'une recrudescence que la maladie se termine définitivement par résolution. (Voir comme complément l'article *Syphilis constitutionnelle des membranes muqueuses.*)

A cette forme de la maladie, on opposera l'emploi des gargarismes astringents et de l'alun en poudre. Si la surface est mamelonnée, granulée, il convient de la toucher légèrement avec le crayon d'azotate d'argent ou avec l'acide chlorhydrique pur. Mais avant d'en venir à ce moyen qui répugne à beaucoup de malades, on emploiera les gargarismes avec les Eaux-Bonnes, et préférablement avec les eaux naturelles d'Enghien; les malades pourront en même temps en boire tous les jours un ou deux verres, le matin à jeun. Enfin, on complète le traitement par l'emploi de quelques purgatifs; on donnera en outre quelques bains de vapeur, dans le but d'opérer une forte révulsion du côté de la peau.

DE L'AMYGDALITE OU ANGINE TONSILLAIRE.

SYNONYMIE. — Esquinancie, inflammation des amygdales.

L'amygdalite, ou l'inflammation des amygdales, est caractérisée par le gonflement, la dureté, la rougeur de ces glandes, s'accompagnant de chaleur, de sécheresse à la gorge et d'une difficulté plus ou moins grande dans la déglutition. L'amygdalite peut exister à l'état aigu et à l'état chronique.

Anatomie pathologique. — Dans les cas rares où on peut examiner anatomiquement les amygdales enflammées, on trouve leur volume augmenté, leur surface est rouge et injectée. La muqueuse qui les tapisse est épaissie et friable; parfois elle est recouverte par de fausses membranes. Les cryptes, dont l'agglomération semble constituer l'amygdale, sont

tuméfiés ; et de leurs orifices, devenus plus distincts, on fait suinter par la pression un fluide visqueux, rougeâtre ; d'autres fois, leur cavité est remplie de fausses membranes ou d'une matière sébacée et concrète, qu'on énuclée facilement et qui exhale une odeur fétide. Ordinairement la phlegmasie atteignant simultanément les tissus cellulaires sous-muqueux et interfolliculaire, on trouve le parenchyme de la glande induré et friable ; souvent alors il existe dans son épaisseur un ou plusieurs abcès ; enfin, dans quelques cas plus rares, tout le tissu de l'organe, devenu bleuâtre, est ramolli et évidemment mortifié.

A l'état chronique, l'amygdalite est anatomiquement caractérisée par l'induration et l'augmentation de volume de l'amygdale. Le tissu cellulaire est épaissi et induré ; les follicules sont hypertrophiés ; leurs cavités sont plus larges ; leur orifice est dilaté, et ils contiennent une matière sébacée ayant la consistance et l'odeur du fromage pourri. Dans la forme aiguë, on trouve souvent que la phlegmasie s'est propagée au larynx ou tout au moins à l'épiglotte, qui est dure, arrondie, bleuâtre ou rouge, assez semblable, comme nous l'avons dit, à une grosse cerise.

Symptômes. — L'amygdalite débute ordinairement sans prodromes ou bien après des prodromes légers : ainsi les malades accusent une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge, de la gêne et de la douleur en avalant ; bientôt ces symptômes augmentent. La douleur s'exaspère alors par la pression exercée extérieurement, au niveau des amygdales ; la sécrétion salivaire, devenue plus abondante, et l'augmentation de volume des amygdales provoquent de fréquents mouvements de déglutition, qui sont marqués par des grimaces et par des contorsions dans la face, en raison de la douleur vive que les malades ressentent pendant la contraction des muscles du pharynx. A un degré plus avancé, la déglutition peut devenir tout à fait impossible ; dans ces cas, les boissons ne franchissent pas l'isthme du gosier, et si une partie arrive jusqu'au pharynx, elle excite fréquemment des contractions spasmodiques telles, que le liquide reflue et s'échappe en entier par la bouche et les narines. Presque tous ces malades éprouvent une toux gutturale très pénible, qui augmente beaucoup les souffrances, et on les voit, après un plus ou moins grand nombre de secousses douloureuses, rejeter des mucosités visqueuses, opaques ou jaunâtres, sécrétées par la membrane muqueuse enflammée. La bouche, dans cette affection, exhale une odeur désagréable ; la voix est enrouée, et, dans la plupart des cas, elle est étouffée et semble se passer uniquement dans la gorge. L'exploration de cette partie montre que les amygdales sont plus volumineuses ; elles se dessinent sous forme de deux tumeurs rouges et dures, qui obstruent plus ou moins complétement l'isthme du gosier, et ne sont souvent séparées l'une de l'autre que par le voile du palais, qui est rouge, gonflé et repoussé en avant avec ses piliers antérieurs. On rencontre parfois sur les surfaces malades des concrétions jaunâtres, irrégulières, qui y adhèrent plus ou moins intimement. L'exsudation, comme nous l'avons vu, est pultacée et blanchâtre dans l'amygdalite qui accompagne la plupart des scarlatines.

Le plus souvent, les amygdales sont d'un volume inégal ; quelquefois une seule forme saillie : dans ce cas, la luette est fortement déviée du côté opposé. L'exploration des parties affectées n'est pas toujours chose facile. Il arrive, en effet, assez souvent que les malades ne peuvent desserrer les mâchoires, à cause de l'extension de la phlegmasie à toutes les parties voisines, et parce que les ganglions sous-maxilaires sont tuméfiés et douloureux. Dans l'angine tonsillaire, la plupart des malades éprouvent une douleur plus ou moins vive dans une oreille ou dans les deux à la fois, lorsque la phlegmasie a gagné l'orifice pharyngien des trompes d'Eustache. Cette douleur, que l'on calme souvent par la pression qu'on exerce sur l'oreille avec la paume de la main, est tantôt constante, tantôt elle est ressentie seulement pendant l'acte de la déglutition : elle s'accompagne fréquemment de bourdonnement, de dureté de l'ouïe, de surdité complète, ou bien d'une crépitation particulière.

Pour peu que l'amygdalite ait une certaine intensité, elle excite divers troubles sympathiques. Ainsi la plupart des malades accusent du malaise, de la céphalalgie, et ils ont une fièvre plus ou moins vive ; leur langue est blanche, la bouche est pâteuse ; il y a de la soif et de l'inappétence ; très fréquemment, enfin, on observe l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'état bilieux ou gastrique. Quelques malades pourtant, quoique assez fortement attaqués, n'ont pas de fièvre et conservent leur appétit ; mais ils ne peuvent le satisfaire, à cause de la tuméfaction des parties et des douleurs que les efforts de déglutition provoquent. Chez d'autres, la douleur n'est vive qu'au commencement du repas; mais souvent ils le terminent avec peu de souffrance, ce qu'on peut expliquer, peut-être, en disant que les premiers aliments ont agrandi le passage en le déblayant des mucosités qui l'obstruaient, et ont habitué les parties enflammées au contact des corps étrangers. Les symptômes locaux que je viens de décrire, comme la douleur de gorge et d'oreille, la difficulté d'avaler, etc., n'existent que d'un seul côté lorsque l'inflammation n'envahit qu'une des amygdales.

Les troubles fonctionnels offrent une intensité variable, suivant l'étendue ou la gravité de la phlegmasie, et suivant le volume que les amygdales acquièrent. Ainsi nous venons de voir que l'amygdalite pouvait exister quelquefois presque sans déranger la santé générale, tandis que d'autres fois elle s'accompagne des accidents les plus graves. C'est ainsi que, lorsque les tonsilles sont tellement grosses qu'elles se touchent par leur rebord interne, de manière à mettre un obstacle insurmontable à l'entrée de l'air, les malades sont dans un état d'anxiété extrême ; la respiration est fréquente, gênée, l'hématose incomplète, la face vultueuse, bleuâtre, les yeux sont saillants ; enfin, la mort survient, soit avec des symptômes d'asphyxie, soit avec ceux d'une congestion cérébrale. Une pareille terminaison est d'ailleurs très rare.

Marche, durée, terminaisons. — L'amygdalite a une marche généralement assez rapide. L'inflammation occupe le plus souvent les deux amygdales simultanément, mais avec une inégale intensité ; quelquefois une

seule est atteinte, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, ou même lorsque la résolution s'opère, que la glande congénère s'affecte elle-même : la maladie reste bornée à une seule des amygdales à peine dans un neuvième des cas. Quoi qu'il en soit, du quatrième au cinquième jour, la maladie a généralement acquis son maximum d'intensité ; puis, après être restée quelques jours stationnaire, elle décline : alors la déglutition est moins pénible ; la voix reprend son timbre ; le mucus qui lubrifie les parties phlogosées est plus épais ; il est opaque, jaunâtre, se détache avec peu d'efforts, et cette expulsion s'accompagne de soulagement. En même temps, les amygdales diminuent de volume, et la couleur rouge s'éteint : on dit alors que la maladie s'est terminée par résolution. Cependant, dans la plupart des cas, bien que les douleurs et la dysphagie cessent, la gorge pourtant continue à être un peu rouge, et les amygdales restent plus ou moins tuméfiées; ce n'est souvent qu'au bout d'un temps fort long qu'elles reviennent tout à fait à leur état primitif. La résolution est la terminaison la plus ordinaire de la maladie : ce n'est, en effet, qu'exceptionnellement qu'on observe de la suppuration. Lorsque celle-ci survient, les symptômes inflammatoires arrivent à leur summum d'intensité, le gonflement est considérable, les douleurs d'abord lancinantes se calment et deviennent bientôt gravatives ; puis on voit un point de l'amygdale qui s'acumine et qui blanchit ; en y portant le doigt, on a la sensation d'une mollesse fluctuante, et alors la moindre pression suffit pour rompre les parois de l'abcès. Cette évacuation est souvent spontanée ; le plus ordinairement elle est provoquée par les secousses de la toux ou du vomissement. Les malades sentent tout à coup leur bouche s'humecter, et en crachant ils s'aperçoivent qu'ils rejettent un pus phlegmoneux ou rougeâtre, inodore ou très fétide. La quantité de pus peut être assez considérable pour provoquer quelquefois, par son irruption soudaine, des accidents de suffocation. D'autres fois, au contraire, soit que le pus existe en petite quantité, soit qu'il s'écoule par un simple pertuis, l'ouverture de l'abcès pourrait passer inaperçue, si le goût désagréable que les malades éprouvent et l'odeur fétide qu'ils exhalent ne fixaient l'attention. En général, les symptômes diminuent promptement, sans que pour cela on observe un affaissement proportionné dans le volume des tumeurs. L'abcès des amygdales s'ouvre à peu près constamment dans la bouche : on ne cite, en effet, que quelques cas fort rares où il soit venu proéminer au dehors. On l'a même vu quelquefois décoller largement les muscles du cou et fuser dans la région sus-hyoïdienne et jusque au-dessus de la clavicule. M. Velpeau en a observé trois cas. Un accident, heureusement beaucoup plus rare, et que j'ai vu néanmoins une fois, c'est une hémorrhagie foudroyante qui tue en quelques instants lorsque l'inflammation, se propageant en dehors, atteint et ulcère la carotide interne, qui, comme chacun sait, n'est distante de l'amygdale que par un espace de 20 à 25 millimètres. L'amygdale enflammée peut quelquefois être frappée de gangrène, en totalité ou bien en partie. Cet accident pourtant est encore assez rare : on le reconnaît à l'odeur fétide qu'exhale la bouche, à la lividité et à la couleur brunâtre du tissu

de l'amygdale, qui se détache sous forme de détritus putrilagineux. C'est après ce mode de terminaison, comme après la rupture de l'abcès, qu'on observe, surtout à la surface des amygdales, des ulcérations profondes à fond grisâtre, à bords durs et élevés. Ces solutions de continuité ne sont presque jamais primitives, excepté chez les sujets infectés de syphilis, chez lesquels une amygdalite, quelquefois très légère, appelle et fixe sur les amygdales la diathèse vénérienne, qui s'y révèle par la formation d'ulcérations caractéristiques (voir, dans le tome II, *Syphilis constitutionnelle*). Enfin, l'amygdalite peut passer à l'état chronique : c'est la terminaison dite *par induration*. Dans ce cas, les amygdales sont plus ou moins volumineuses et dures; la déglutition est habituellement gênée; la voix est moins parfaite; elle est parfois nasonnée; l'ouïe est dure; l'haleine est très fétide, surtout au moment du réveil. Enfin, les malades éprouvent plusieurs fois l'année des récidives, c'est-à-dire que leur maladie passe momentanément à l'état aigu. Cette forme se rencontre surtout fréquemment chez les enfants, et Dupuytren la regardait comme occasionnant chez les jeunes sujets cette déformation du thorax qui consiste dans le rétrécissement de la paroi antérieure, le bombement du dos et l'aplatissement des côtes : ce qu'il expliquait par les efforts que font les muscles inspirateurs pour vaincre l'obstacle que ces amygdales augmentées de volume opposent à la respiration. Ces idées du grand chirurgien, exposées par lui en 1827, ont été confirmées par plusieurs observateurs, notamment par M. Coulson à Londres, par M. Warren à Boston, et récemment par M. le docteur Robert. Ce dernier, dans un travail intéressant qu'il a publié en 1843 dans le *Bulletin de thérapeutique*, a établi que l'engorgement chronique des amygdales chez les enfants produisait, outre la déformation du thorax, plusieurs ordres d'accidents, dont les principaux sont l'affaiblissement de l'ouïe et une toux gutturale opiniâtre, ce qui est parfaitement exact. M. Robert ajoute encore que le palais, étant en outre refoulé en haut, rend difficile la respiration par les narines; de là cette physionomie comme hébétée des enfants, qui sont obligés d'avoir sans cesse la bouche entr'ouverte. Enfin, les narines, ne livrant presque plus passage à l'air ambiant, subissent, d'après M. Robert, une sorte d'arrêt de développement, ce qui produit, suivant lui, l'étroitesse du nez, le peu d'étendue de la voûte palatine et de l'arcade dentaire supérieure. Ces idées nous semblent un peu hasardées; nous ne croyons pas que l'angine puisse produire de tels désordres. En effet, la disposition des narines, de l'arcade dentaire et du palais, signalée par M. Robert, est évidemment congéniale; elle se rencontre d'ailleurs très fréquemment. Quant à la déformation tharacique, c'est là un effet du rachitisme auquel l'inflammation tonsillaire n'a aucune part. Les seuls accidents que nous regardions comme pouvant dépendre de l'amygdalite sont la toux gutturale, et la surdité par la propagation de l'engorgement tonsillaire ou pharyngé aux trompes d'Eustachi. Enfin, il faut encore ne pas ignorer que l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules de l'amygdale peut être une cause de fétidité de l'haleine.

L'amygdalite a une durée moyenne de huit à dix jours; il n'est pas rare pourtant qu'elle se prolonge jusqu'à la fin du premier septénaire; elle peut même dépasser le troisième; mais il y a eu généralement alors plusieurs recrudescences. L'amygdalite est une des maladies dont la récidive est la plus fréquente, surtout chez certains individus.

Diagnostic. — Il est inutile d'insister ici sur le diagnostic de l'amygdalite, car il ne peut jamais offrir de difficulté.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque la fièvre est intense, lorsqu'il existe des symptômes de congestion cérébrale ou des accidents de suffocation. La gangrène est aussi une circonstance toujours fâcheuse. En somme, c'est une des maladies aiguës qu'on voit le plus rarement se terminer d'une manière funeste.

Étiologie. — L'amygdalite, rare chez les nouveaux-nés, est commune dans la deuxième enfance; mais elle acquiert son maximum de fréquence de quinze à trente ans; elle est rare après quarante. Les deux sexes y sont également prédisposés; mais on ignore l'influence que les tempéraments exercent. Plus commune au printemps et à l'automne, elle reconnaît les mêmes causes occasionnelles que l'angine gutturale et pharyngée; plus souvent encore que celle-ci, elle règne épidémiquement. Il est inutile de rappeler que l'amygdalite survient fréquemment dans le cours de la scarlatine, plus rarement dans celui de la rougeole et pendant certaines épidémies d'oreillons, etc.

Traitement. — Dans la grande majorité des cas, l'amygdalite cède à l'emploi d'une médication peu énergique, telle que nous l'avons déjà indiquée pour l'angine gutturale. Cependant, lorsqu'il y a de la fièvre, lorsque la douleur est très vive et que les amygdales ont acquis un volume considérable, on devra pratiquer une ou même plusieurs saignées générales : ces dernières, ainsi que M. Louis l'a démontré, sont préférables aux saignées locales, telles sont des sangsues appliquées autour du cou, qui soulagent moins promptement et moins complétement que les premières. Cependant dans les angines graves, lorsque la suffocation est imminente, on devrait combiner ces deux espèces de moyens. Il faudrait employer aussi concurremment la révulsion extérieure par des sinapismes, et la révulsion à l'intérieur par des lavements purgatifs, ou, mieux encore, par l'administration d'un éméto-cathartique, si toutefois la déglutition était encore possible. Ce moyen est utile, non seulement par les effets révulsifs qu'il produit, mais encore par les secousses de vomissement, pendant lesquelles les amygdales sont soumises par les muscles du pharynx à une compression énergique qui en exprime les fluides infiltrés et favorise leur résolution. Je ne dirai rien des sangsues appliquées sur les amygdales elles-mêmes ou des scarifications de leur tissu à l'aide de divers instruments; car ces moyens, d'un emploi très difficile, ont le plus souvent des effets contraires à ceux qu'on se propose en les employant. Je ne saurais non plus, les cas de suffocation exceptés, conseiller l'application de vésicatoires autour du cou, moyen qui était fréquemment employé par les médecins du dernier siècle.

La forme de la maladie, ses complications et son mode de terminaison,

sont aussi la source d'indications précises. Ainsi la réaction inflammatoire forcera souvent le médecin d'insister davantage sur les antiphlogistiques ; de même, dans certaines constitutions médicales, presque toutes les angines se compliquant d'un état bilieux (*angines bilieuses* de Stoll), on doit recourir aux émétiques et aux purgatifs. Ces médicaments font non seulement cesser les symptômes gastriques, mais ils exercent encore une influence heureuse très grande, et le plus souvent très rapide, sur la gorge elle-même, comme s'il existait un rapport très intime entre la phlegmasie et la complication survenue du côté des organes digestifs.

Lorsqu'on reconnaît que l'amygdalite s'est terminée par suppuration, il faudra se hâter de donner issue au pus, soit en portant le doigt dans la gorge et en déchirant avec l'ongle le point fluctuant, soit à l'aide d'un bistouri. Enfin, chez les sujets pusillanimes, on administrera un vomitif, afin que les secousses qu'il provoque et l'état convulsif du pharynx opèrent la rupture du foyer. Si la gangrène se manifeste, on devra en rechercher la cause : lorsqu'elle dépend de la violence de la phlegmasie, les antiphlogistiques sont indiqués ; si elle se lie à un état général particulier, on lui opposera des moyens appropriés; on favorisera la chute des escarres, et on modifiera l'état des parties par des lotions et des applications détersives et toniques, comme l'eau vinaigrée ou aiguisée avec l'acide hydrochlorique, les infusions de kina, etc. Ces mêmes moyens conviennent également contre les ulcérations consécutives, à supposer pourtant qu'elles ne soient pas entretenues par une cause spécifique, comme la syphilis. Souvent on fera marcher celles-ci promptement vers la guérison en touchant leur surface avec un caustique.

Les substances astringentes, particulièrement l'alun, sont généralement administrées vers le déclin de la maladie. On peut alors insuffler l'alun dans la gorge à l'aide d'un tube, ou bien on porte cette substance sur les amygdales avec l'indicateur. L'alun produit communément une diminution rapide dans le volume de l'organe ; car, appliqué comme je viens de le dire, il agit, non seulement par ses propriétés astringentes, mais encore en excitant des efforts de vomissement et un état de contraction spasmodique des muscles du pharynx, pendant lequel les amygdales sont comprimées. Quelques personnes, notamment M. Velpeau, ont voulu encore étendre l'emploi de l'alun à l'état aigu ; mais, nonobstant une si puissante autorité, nous ne croyons pas que cette pratique puisse être trop généralisée ; car nous avons vu maintes fois l'emploi prématuré de l'alun augmenter les accidents inflammatoires, et prolonger de beaucoup la durée de la maladie. Nous ne dirons rien de l'emploi de la résine de gaïac donnée à la dose de 1 gramme deux ou trois fois par jour ; moyen que le docteur Morris a récemment préconisé en Angleterre, attendu qu'aucune série de faits suffisants ne vient à l'appui de cette assertion.

Les astringents et les révulsifs intestinaux sont les seuls moyens qu'il convient d'opposer à l'amygdalite chronique ; mais lorsqu'elle se prolonge indéfiniment, et que le tissu des amygdales s'est hypertrophié, il faut recourir à l'extirpation de ces organes.

DE L'ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

SYNONYMIE. — Ulcère syriaque; angine couenneuse, gangreneuse, diphthéritique, maligne.

L'angine pseudo-membraneuse est une inflammation spécifique occupant communément le pharynx, les amygdales, le voile du palais et ses piliers, et qui est caractérisée par la formation d'une fausse membrane généralement grisâtre, ayant beaucoup de tendance à envahir les parties environnantes, s'accompagnant de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et d'un appareil de symptômes généraux plus ou moins graves.

Historique. — Sous les noms d'angine maligne, d'ulcère syriaque ou égyptiac, Arétée paraît avoir décrit la maladie dont nous allons traiter. Ses successeurs, cependant, en firent à peine mention, et ce ne fut guère qu'au commencement du XVII[e] siècle que Nola (1), Villaréal (2) et d'autres médecins espagnols et italiens, la décrivirent de nouveau. Mais les travaux les plus remarquables sont ceux qui furent entrepris, vers le milieu et à la fin du dernier siècle, par Malouin (3), par Astruc (4), par Chomel (5), et surtout par Sam. Bard, de New-York (6), dont les opinions ont été reproduites et commentées avec un très grand talent par le docteur Bretonneau, qui, de tous nos contemporains, a le plus éclairé l'histoire de l'angine diphthéritique (7). C'est peut-être avec raison que le célèbre médecin de Tours a essayé de rapporter à cette maladie tout ce que les anciens avaient dit des angines gangréneuses. Toutefois on aurait tort de contester absolument l'existence de ces dernières; elles sont seulement excessivement rares, elles constituent d'ailleurs une affection tout à fait distincte de celle dont nous allons parler. (Voir la *classe des gangrènes.*)

Anatomie pathologique. — Comme nous l'avons déjà dit, l'angine couenneuse est anatomiquement caractérisée par une concrétion grisâtre ou blanchâtre, prenant une teinte noirâtre lorsque du sang exhalé au-dessous d'elle la pénètre. Elle adhère plus ou moins fortement au corps muqueux, ce qui a fait supposer à quelques personnes qu'elle était subjacente à l'épithélium. Cette question est loin d'être résolue; mais quoi qu'il en soit, il est certain que sur le cadavre on trouve toujours l'épithélium détruit et la fausse membrane en contact immédiat avec l'air. La concrétion morbide est disposée par plaques irrégulières formant partout une couche à peu près uniforme, d'une épaisseur variable de 1 à 2 millimètres et plus; quelques unes sont composées de plusieurs feuillets superposés; d'autres sont tellement minces, qu'elles reflètent la couleur de la muqueuse

(1) *De epidemia phlegmone anginosa grassante Neapoli*, in-4°, 1610. (2) *De signis, causis et curatione morbi suffocantis*, lib. II, in-4, 1611. (3) *Mémoires de l'acad. des sciences*, années 1747, 1748 et 1749. (4) *Lettre sur l'espece de mal de gorge gangreneux qui a regné parmi les enfants en* 1748. (5) *Dissertation sur l'espèce de mal de gorge gangréneux*, Paris, 1759, in-12. (6) *Recherches sur l'angine suffocante*, traduit de l'anglais par Ruette, en 1810. (7) *Inflam. spéciales des tissus muqueux et en particulier de la diphthérite*, 1823, in-8.

et passeraient inaperçues si on n'examinait pas la gorge avec attention. La muqueuse qui les sécrète est rouge, ecchymosée, parfois excoriée, mais jamais mortifiée ni ulcérée. Il existe pourtant des points déprimés et qui simulent des ulcérations; mais cela tient uniquement tantôt au boursouflement de la muqueuse tout autour de la plaque, tantôt au degré d'adhérence de la fausse membrane qui peut produire l'affaissement, le ratatinement de la partie sur laquelle elle se développe; c'est ce qu'on observe notamment sur le voile du palais et les amygdales, qui subissent parfois une véritable atrophie. Dans la plupart des cas qui se sont terminés par la mort, la fausse membrane a envahi le larynx et souvent aussi les fosses nasales; les ganglions sous-maxillaires sont toujours augmentés de volume, rouges, ramollis ou friables, quelquefois suppurés.

MM. Rilliet et Barthez ont encore décrit une forme d'angine pseudo-membraneuse qui, survenant dans le cours d'autres maladies graves, se présenterait avec des caractères particuliers: ainsi, indépendamment des concrétions diphthéritiques, la muqueuse serait érodée, ulcérée. Mais je ne vois dans cette angine rien de spécifique, car les fausses membranes n'ont aucune tendance à s'étendre et ne ressemblent pas à celles que nous avons vues dans l'angine diphthéritique ordinaire; enfin rien ne prouve non plus le caractère contagieux de l'affection.

Symptômes. — En général, la maladie débute comme une angine ordinaire, sauf pourtant que la douleur est presque toujours moins vive, la déglutition moins gênée et souvent la fièvre moins intense; dans quelques cas néanmoins le contraire a lieu. Cette première période est fort courte; bientôt, en effet, apparaissent sur les amygdales, sur le voile du palais, sur ses piliers et sur le pharynx, des concrétions grisâtres ou d'un blanc jaunâtre, assez luisantes, irrégulièrement circonscrites, dont la formation est précédée de quelque temps par l'augmentation de volume des ganglions sous-maxillaires, qui deviennent douloureux; d'autres fois l'engorgement ganglionnaire se développe simultanément avec les plaques. On a vu encore, dans quelques cas rares, des oreillons survenir (S. Bard et Bourgeoise). L'état des ganglions est en rapport avec le nombre et l'étendue des concrétions; celles-ci, qui, en quelques heures, peuvent recouvrir toute l'arrière-bouche, sont généralement circonscrites par un cercle rougeâtre ou violacé; elles semblent plus minces à leur circonférence qu'à leur centre, où elles paraissent comme bombées. On en trouve qui sont à demi flottantes; leur décollement s'opère souvent alors par une exsudation sanguine qui les colore en noir, et qui contribue à donner à la bouche et à l'haleine l'odeur fétide et nauséeuse qui, pendant plusieurs siècles, a fait croire à l'existence d'une gangrène. Ces plaques, ainsi détachées, peuvent être remplacées par d'autres qui sont communément plus blanches et plus minces que les premières. L'existence de concrétions aussi étendues s'accompagne d'une vive douleur: cependant celle-ci continue quelquefois à être peu intense, mais la déglutition est toujours extrêmement pénible.

Indépendamment des symptômes précédents, on en observe encore d'autres qui indiquent la propagation des fausses membranes dans des

parties inaccessibles à la vue. Ainsi, lorsque les fosses nasales, et surtout les cornets, sont envahis par les concrétions, les malades ont des épistaxis et un suintement séro-sanguinolent et très fétide par le nez; lorsque les voies aériennes sont prises à leur tour, on observe d'abord des quintes de toux, une respiration sifflante, une douleur au niveau du larynx et bientôt l'aphonie, les accès de suffocation et tous les accidents enfin qui caractérisent le croup. Les symptômes généraux et symphatiques qui surviennent alors dénotent en outre une maladie très grave : ainsi la figure exprime l'abattement et la souffrance; le pouls est fréquent, petit, dépressible; les forces sont prostrées; il y a de la constipation ou une diarrhée fétide et des vomissements bilieux. Enfin, des productions diphthéritiques se forment souvent sur diverses parties du corps, comme dans la conque ou derrière l'oreille, au pourtour du nez, sur le mamelon, aux lèvres, à la marge de l'anus, à la vulve et sur les points de la peau qui ont été préalablement excoriés ou ulcérés.

Marche, durée, terminaisons. — L'angine couenneuse a une marche toujours rapide; elle peut avoir une issue funeste dès le troisième ou quatrième jour : mais communément elle ne se termine pas avant la fin du premier ou du deuxième septénaire, et elle se prolonge quelquefois jusqu'au vingt-cinquième jour. La mort est produite presque toujours par l'extension de la fausse membrane dans le larynx, plus rarement par une pneumonie intercurrente, ou par suite de l'état général si grave que nous avons décrit plus haut. Lorsque la guérison survient, les symptômes généraux diminuent d'intensité; en même temps les plaques se détachent par lambeaux; ou bien elles subissent une sorte de ramollissement, et sont alors expulsées par des efforts de toux sous forme d'une bouillie brunâtre et fétide. Le plus souvent elles ne se reproduisent pas, et si elles reparaissent sur quelques points, elles sont moins épaisses et plus blanches que celles de première formation. D'autres fois les fausses membranes, loin de se détacher, deviennent au contraire plus adhérentes; puis elles disparaissent peu à peu, soit par une sorte d'usure, soit par absorption. L'engorgement ganglionnaire se résout en même temps que l'état local s'est amendé : cependant si l'inflammation a duré quelque temps, il n'est pas rare que quelques unes de ces tumeurs suppurent; elles constituent alors de véritables bubons.

Diagnostic. — La fausse membrane différencie suffisamment l'angine couenneuse de la pharyngite et de l'amygdalite simples. Cependant nous avons dit que dans ces dernières on voyait quelquefois se former de petites concrétions membraniformes; mais elles diffèrent de celles qui surviennent dans l'angine couenneuse, en ce qu'elles sont toujours circonscrites, et qu'elles n'ont aucune tendance à s'étendre. Enfin, les ganglions sous-maxillaires ne sont point ou sont peu développés. Nous croyons inutile d'établir le diagnostic différentiel de l'angine couenneuse d'avec l'angine dite de Fothergill, ou mal de gorge de Huxham, car ces deux affections me semblent identiques : seulement, l'angine de Fothergill ou de Huxham semble s'être rarement propagée au larynx, et elle coïncidait peut-être tou-

jours avec une éruption scarlatineuse anomale. Cependant l'angine avec sécrétion morbide sur le pharynx, qu'on observe si souvent dans certaines scarlatines, et que nous avons nommée angine *pultacée*, diffère beaucoup de l'angine *pseudo-membraneuse*. Dans la première, en effet, l'exsudation blanche caséiforme existe presque sans adhérence; on la sépare comme une matière pulpeuse de la surface de la muqueuse, qui est d'un rouge framboisé. Bien différente d'elle, la concrétion de l'angine diphthéritique est grisâtre, adhérente, et elle a une grande tendance à se propager dans les voies respiratoires, tandis que la précédente s'étend rarement au-delà de l'arrière-gorge. Nous indiquerons plus tard, lorsque nous traiterons des *Gangrènes*, comment on pourra distinguer l'angine diphthéritique de la gangrène du pharynx. Quant à la pharyngite ulcéreuse, telle que celle qui survient sous l'influence d'une cause spécifique, comme la syphilis, on la reconnaît au détritus jaunâtre et fétide qui se sépare de la surface du tissu malade, et qui laisse après lui une solution de continuité manifeste, circonscrite par des bords durs, saillants; tandis que dans l'angine couenneuse l'enlèvement des lambeaux ne laisse voir à la muqueuse aucune perte de substance.

Pronostic. — L'angine couenneuse est une maladie très grave, surtout à l'état épidémique. La prostration des forces, et surtout les signes indiquant l'extension de la maladie aux voies aériennes, sont du plus fâcheux augure, et annoncent un péril prochain. La maladie est d'autant plus grave que le sujet est plus jeune.

Étiologie. — L'angine couenneuse ne respecte aucun âge; mais elle sévit surtout dans l'enfance; les femmes y semblent plus sujettes que les hommes. Un tempérament lymphatique et une constitution affaiblie y prédisposent. Commune dans tous les pays, elle y règne de temps en temps d'une manière épidémique. Elle est plus fréquente pendant les saisons humides, et dans les lieux bas et mal aérés; ces dernières conditions expliquent quelquefois le développement en apparence spontané de la maladie dans des couvents, dans des pensionnats, où elle affecte ordinairement un grand nombre d'individus à la fois. Cependant il ne faut pas toujours expliquer l'extension de la maladie à un grand nombre de personnes seulement par l'infection des lieux, mais aussi par un effet contagieux qui propage l'affection de proche en proche. C'est ce que démontrent de nombreuses observations recueillies par une foule de médecins, parmi lesquels nous citerons spécialement MM. Bretonneau, Ribes, Trousseau, Bourgeoise, Guersant, Collineau, etc. La contagion est surtout active en temps d'épidémie.

Traitement. — Les révulsifs cutanés, les purgatifs, les boissons douces, les gargarismes et les émissions sanguines, que nous avons conseillés dans l'angine simple, ne constituent, dans la forme couenneuse, que des moyens adjuvants d'une efficacité douteuse. La saignée cependant peut être utile, et on doit la pratiquer toutes les fois que la réaction fébrile est vive et que l'état du pouls le permet; mais il faut toujours procéder avec prudence, en raison des symptômes adynamiques qui surviennent à une période

même peu avancée de la maladie. Peut-être, en raison de cela, devrait-on s'abstenir communément de la saignée générale, et donner la préférence aux saignées locales. Les éméto-cathartiques sont plus souvent indiqués, peut-être; car ils sont utiles à la fois et par leur effet révulsif et parce qu'ils provoquent l'expulsion des fausses membranes. Cependant, pour empêcher sûrement ces dernières de s'étendre, il faut modifier l'état des surfaces par la cautérisation. Celle-ci sera pratiquée avec une solution concentrée de nitrate d'argent, ou bien avec l'acide chlorhydrique pur ou mêlé à un tiers ou à un quart de miel rosat. On peut également opérer la cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent solidement fixé, ou bien encore on insufflera de l'alun pulvérisé. Ces cautérisations et ces applications seront plus ou moins fréquentes, suivant le plus ou moins de tendance qu'a la maladie à s'étendre. Après chacune d'elles, et dans leur intervalle, on fera gargariser les malades avec des liquides mucilagineux ou légèrement détersifs, afin de diminuer l'inflammation des parties. C'est souvent en ce moment qu'il convient d'administrer les éméto-cathartiques. Si la maladie s'accompagne d'accidents typhoïdes, avec prostration et tendance aux hémorrhagies, on soutiendra les forces par les topiques, parmi lesquels le quinquina tient le premier rang. Si les fausses membranes exhalent une odeur fétide, et si, comme il en existe d'ailleurs un exemple dans l'ouvrage même de M. Bretonneau, il survenait de la gangrène, on toucherait les parties avec un mélange de décoction de quinquina, de miel rosat et de chlorure de chaux.

Nature. — L'angine couenneuse doit être considérée comme une inflammation *spécifique*. La nature de la concrétion, son extension rapide, sa reproduction lorsqu'on l'enlève, sa manifestation sur diverses surfaces éloignées les unes des autres, enfin la marche des accidents et le caractère contagieux de la maladie le prouvent suffisamment.

DE L'ŒSOPHAGITE OU INFLAMMATION DE L'ŒSOPHAGE.

L'inflammation de l'œsophage, signalée par Fernel, et peut-être même avant ce médecin célèbre, n'a été convenablement décrite que depuis dix-sept ans environ, époque à laquelle un regrettable observateur, le docteur Mondière, inséra dans les *Archives de médecine* un travail d'un grand intérêt.

Caractères anatomiques. — L'inflammation produit dans l'œsophage des altérations tout à fait identiques à celles que nous avons rencontrées dans la bouche et le pharynx. C'est ainsi qu'il existe une œsophagite *simple*, caractérisée par la rougeur, l'épaississement, le ramollissement, l'ulcération de la membrane muqueuse. D'autres fois, les follicules s'enflamment isolément (*aphthes*), ou bien l'inflammation est surtout caractérisée par une exhalaison morbide comme celle du muguet (œsophagite *crémeuse*), ou de la diphthérite (œsophagite *pseudo-membraneuse*). Dans ces cas, les lésions de l'œsophage sont presque toujours consécutives à celles de la bouche et du pharynx. Enfin la phlegmasie peut gagner le tissu cellulaire

sous-muqueux, qui s'indure et suppure. On pourrait donner à cette forme de la maladie le nom de *phlegmoneuse*.

L'œsophagite peut exister aussi à l'état chronique; mais sous ce nom on a trop souvent confondu des lésions organiques très diverses : aussi est-il impossible, dans l'état actuel de la science, de tracer ses caractères anatomiques et de préciser les symptômes qui peuvent la faire distinguer.

Symptômes, *marche*, *terminaison*. — L'histoire symptomatique de l'œsophagite aiguë est encore très incomplète : cependant voici quels sont, d'après la plupart des auteurs, les principaux phénomènes qui peuvent aider à la faire reconnaître.

Les malades accusent constamment une douleur plus ou moins vive, qui est rapportée à la partie inférieure du pharynx, parfois à l'épigastre, ou bien au milieu du dos, entre les deux épaules; elle semble occuper parfois toute la longueur de l'œsophage. Le siége de la douleur n'indique pas d'ailleurs toujours exactement celui de la lésion. Cette douleur, plus ou moins vive, augmente par la déglutition, et peut devenir intolérable lorsque les aliments ou les boissons sont en contact avec la partie phlogosée. Souvent alors l'œsophage se contracte convulsivement sur eux, et après quelques efforts de vomissement ou plutôt de régurgitation, ces substances sont rejetées par la bouche ou les narines. C'est encore d'après le même mécanisme que la plupart des malades expulsent une certaine quantité de matières glaireuses ou de fausses membranes sécrétées par les surfaces enflammées. L'inflammation ayant souvent pour effet de diminuer notablement le calibre de l'œsophage, il s'ensuit que les aliments subissent alors à ce niveau un temps d'arrêt dont les malades ont la conscience. Si le rétrécissement est très considérable, les aliments cessent de pouvoir le franchir; ils s'accumulent au-dessus de ce point, et sont rejetés peu de temps après avoir été avalés. Toutefois de pareils accidents sont excessivement rares dans l'œsophagite aiguë; on ne les observe guère que dans la forme chronique, et plus encore dans les rétrécissements organiques. Quelques malades atteints d'œsophagite ont aussi accusé la sensation d'une boule qui, remontant de l'épigastre, s'arrêtait au niveau du larynx; d'autres, en plus grand nombre, sont tourmentés par des hoquets. On a dit avoir aussi observé, en pareil cas, de l'hydrophobie; mais il y a encore doute à cet égard. Quoi qu'il en soit, il est rare de noter dans l'œsophagite des symptômes de réaction un peu vive.

Cette maladie paraît se terminer presque toujours par résolution, rarement par suppuration, presque jamais par gangrène, quelquefois enfin par ulcération ou par induration; on dit alors que la maladie a passé à l'état chronique. Lorsqu'un abcès se forme dans l'œsophage, le pus est évacué par la bouche, ou bien, descendant dans l'estomac, il se mêle aux matières qui y sont contenues, et est entraîné dans les selles. Les symptômes pouvant indiquer une ulcération de l'œsophage sont encore très incertains. On a signalé comme lui appartenant une douleur plus vive que dans l'œsophagite aiguë, accompagnée quelquefois de dysphagie et de la régurgitation de matières glaireuses et sanguinolentes. Mais ces accidents,

commun à plusieurs maladies de l'œsophage, sont insuffisants, suivant nous, pour indiquer l'existence d'une ulcération et surtout pour éclairer sur sa nature.

Diagnostic. — Une douleur plus ou moins vive sur le trajet connu de l'œsophage, augmentant par l'ingestion des aliments et des boissons; la difficulté ou même l'impossibilité que ceux-ci éprouvent pour arriver dans l'estomac, l'expulsion de fausses membranes par des efforts de régurgitation ou de vomissement, et surtout le rejet d'aliments peu altérés presque aussitôt leur ingestion, doivent faire croire à une inflammation de l'œsophage. Mais il est bien rare que la maladie se révèle jamais par des symptômes aussi tranchés : aussi l'œsophagite est-elle presque toujours d'un diagnostic obscur. Les maladies du larynx et de la trachée pourraient quelquefois, par la douleur que la déglutition des aliments provoque, faire croire à l'existence d'une œsophagite; mais dans celle-ci la respiration est libre ; il n'y a pas de toux, nulle sensation de chatouillement, et la déglutition souvent empêchée produit une douleur presque toujours très vive, tandis que dans les cas d'altération des voies aériennes, il y a plutôt un sentiment de gêne qu'une douleur véritable. Enfin, il faut savoir que chez quelques rhumatisants et chez des individus atteints de névroses, spécialement chez quelques hystériques, il survient parfois de la dysphagie; mais celle-ci est sujette à des intermissions : elle cesse souvent tout d'un coup après les premiers efforts, et le malade n'accuse aucune douleur dans l'intervalle des repas.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque l'œsophagite est générale, ou bien lorsqu'elle est phlegmoneuse et qu'elle produit un rétrécissement considérable du conduit, ou bien encore lorsque la maladie se termine par suppuration ou par induration.

Étiologie. — L'œsophagite reconnaît toujours des causes directes, telles que l'ingestion de substances irritantes, corrosives, de boissons bouillantes ou glacées, de corps étrangers à surface inégale. Enfin, le plus ordinairement la maladie n'est qu'une extension de l'inflammation de la muqueuse du pharynx, et elle revêt alors la même forme anatomique que celle de cette dernière.

Traitement. — Si l'œsophagite est peu intense, le traitement doit consister spécialement dans l'emploi de boissons douces, mucilagineuses, et dans l'abstinence d'aliments solides. On administrera quelques bains tièdes; enfin on opérera une révulsion sur les extrémités, à l'aide de pédiluves irritants, et surtout avec des lavements purgatifs. Dans la plupart des cas, il convient aussi de tirer du sang. La fièvre est rarement assez intense pour nécessiter la saignée générale; mais des sangsues ou mieux des ventouses seront appliquées utilement sur le trajet de l'œsophage, spécialement au niveau de la douleur. En pareils cas les anciens donnaient la préférence à l'ouverture des veines ranines. Plus tard, on aura recours aux révulsifs puissants, tels que sinapismes, frictions ammoniacales, et vésication le long de la colonne vertébrale ou à la partie inférieure du cou. Ces derniers moyens seront surtout indiqués lorsque la phlegmasie est de-

venue chronique. Dans ce cas, il sera même convenable de recourir à l'emploi de révulsifs encore plus énergiques, tels que cautères ou moxas.

DE LA GASTRITE AIGUE.

On désigne sous le nom de *gastrite* l'inflammation aiguë ou chronique de l'estomac.

Historique et fréquence. — La gastrite est une maladie qui a été signalée dès l'enfance de l'art; on l'a regardée comme étant plus ou moins fréquente, suivant le rôle plus ou moins actif que les théories physiologiques de l'époque faisaient jouer à l'estomac : mais nulle part et dans aucun temps on n'a exagéré la fréquence de la gastrite, comme on l'a fait en France sous le règne éphémère de la doctrine physiologique. On vit alors cette maladie dominer toute la pathologie, puisque non seulement on rapportait à elle toutes les affections de l'estomac, mais on prétendait en outre faire de l'inflammation de cet organe le point de départ de toutes les autres maladies. En un mot, on rattachait alors à un travail phlegmasique de la muqueuse stomacale toutes les altérations de circulation, de sécrétion, de nutrition et d'innervation dont l'estomac pouvait être le siége, et même les effets sympathiques si nombreux qu'on observe du côté des voies digestives dans la plupart des maladies. Cependant une observation rigoureuse a depuis longtemps fait justice de ces idées, et elle a en outre démontré que cette gastrite aiguë ou chronique, loin d'être aussi vulgaire qu'on le disait, était par contre une des maladies les plus rares du cadre nosologique, une de celles dont il était surtout le plus difficile de tracer l'histoire. On sera même peu surpris d'apprendre que les travaux sortis de l'école de Broussais ne sont d'aucune espèce d'utilité pour l'étude que nous allons faire, puisque le mot de gastrite n'a été, dans le langage de ces systématiques, qu'une de ces expressions vagues, indéfinies, sous laquelle ils ont confondu les maladies les plus disparates. Ce sera surtout dans les écrits de MM. Louis, Cruveilhier et Andral que nous trouverons les notions les plus exactes sur la gastrite, considérée surtout sous le point de vue anatomique. Mais, je le répète, dans l'état actuel de la science, l'inflammation de l'estomac, en tant qu'affection spontanée, est excessivement rare, et personne encore n'a pu en tracer une histoire satisfaisante.

Divisions. — La gastrite est divisée, quant à sa marche, en *aiguë* et en *chronique;* quant à son étendue, en *générale* et en *partielle*. Enfin, relativement à ses causes, on distingue toujours celle qui est *spontanée* de celle qui est *toxique*, c'est-à-dire qui résulte de l'introduction d'un poison. Cette dernière sera étudiée à l'occasion des causes qui la produisent. (Voir les *Empoisonnements*.)

Caractères anatomiques de la gastrite aiguë. — Dans la gastrite aiguë générale, on observe communément une diminution plus ou moins considérable dans la capacité de l'estomac. La membrane interne de ce viscère offre une coloration qui varie depuis le rouge clair jusqu'au brun foncé,

coloration qui est produite par une injection tantôt uniforme, tantôt disposée par arborisations, par plaques, ou par un pointillé très fin; quelquefois enfin le sang extravasé entre les tuniques forme de petites ecchymoses. Cependant ces diverses nuances, lors même qu'elles résistent à une macération prolongée, ne sauraient dans aucun cas caractériser à elles seules un travail inflammatoire, puisqu'il est prouvé que diverses causes, comme un obstacle mécanique à la circulation, le travail de la digestion, l'abstinence, et même le simple contact de l'air atmosphérique, ainsi que les lois de la pesanteur, peuvent produire le même effet. Il faut en conclure que, pour déterminer sûrement sur le cadavre l'existence d'une gastrite, il faut nécessairement que la membrane muqueuse ait subi certaines modifications dans sa nutrition. C'est ainsi que dans la gastrite on trouve la muqueuse épaissie, ou bien amincie, toujours plus friable, et souvent tout à fait ramollie. Ce ramollissement varie depuis la simple diminution de consistance jusqu'à cet état où la muqueuse s'enlève sous forme de bouillie rougeâtre. Les ramollissements rouges sont les seuls qu'on puisse raisonnablement rapporter à l'inflammation; peut-être aussi doit-on rattacher à la même origine ces ramollissements *incolores*, mais entourés de toutes parts par une injection vive. Quant aux ramollissements pulpeux, gélatiniformes, et absolument incolores, qui surviennent dans une foule de circonstances, nous croyons qu'ils ne sauraient caractériser une gastrite; nous les décrirons plus tard comme constituant une affection distincte. Enfin, tout porte également à croire que les ramollissements de la muqueuse gastro-intestinale, qui, d'après les belles recherches de M. Louis, surviennent si fréquemment à la suite de tous les états fébriles un peu prolongés, ne reconnaissent point pour cause immédiate un travail inflammatoire (1).

Les ulcérations sont une terminaison fort rare de la gastrite aiguë; lorsqu'elles existent, elles sont généralement petites et peu nombreuses. Elles affectent généralement la muqueuse elle-même, mais quelquefois elles n'intéressent que l'appareil folliculaire. Billard a eu occasion de l'observer assez souvent chez de très jeunes enfants. Pour terminer, nous dirons que dans la gastrite la sécrétion de la membrane muqueuse est modifiée;

(1) Afin de bien apprécier les lésions cadavériques, il importe de savoir que la muqueuse de l'estomac n'offre pas partout ni la même consistance ni la même épaisseur. On jugera de la consistance de la membrane par la longueur des lambeaux qu'elle fournira. Ainsi, lorsqu'après l'avoir incisée avec le scalpel, on la saisit avec les doigts ou les mors d'une pince, de manière à la détacher, on obtiendra des lambeaux de 3 à 6 centimètres de longueur sur la petite courbure, de 1 centimètre 1/2 à 3 centimètres sur la grande courbure; ils seront d'un 1/2 centimètre à la région pylorique, et de 2 à 9 millimètres à la région splénique. M. Louis, qui a fixé les mesures précédentes, a également apprécié d'une manière rigoureuse l'épaisseur de la muqueuse dans les divers points de l'estomac. Ainsi il a trouvé que, le long de la grande courbure, la muqueuse a une épaisseur de 3/4 de millimètre à 1 millimètre; de 1/3 à 3/4 de millimètre le long de la petite; de 1/4 à 3/5 seulement dans le grand cul-de-sac. Le maximum d'*épaisseur* de la muqueuse est dans la région pylorique. Nous estimons que dans ce point elle est de 1 à 1 millimètre 1/2.

c'est ainsi qu'on trouve communément les parties phlogosées, tapissées par un mucus consistant, albumineux et souvent rougeâtre. D'autres fois il existe des concrétions crémeuses, comme dans le muguet, ou des pseudo-membranes, comme dans la diphthérite; mais il est rare que celles-c s'étendent de la gorge jusque dans l'estomac. Presque toujours d'ailleur ces fausses membranes sont consécutives aux gastrites qui succèdent à l'empoisonnement par les acides concentrés. Dans l'inflammation de l'estomac, le tissu cellulaire subjacent à la muqueuse est quelquefois infiltré de sérosité et de pus; celui-ci est même parfois réuni en foyer; mais dans ce cas, qui d'ailleurs est excessivement rare, l'abcès offre toujours un très petit volume.

Telles sont les altérations propres à la gastrite aiguë spontanée. Il existe bien encore quelques autres lésions de nature inflammatoire; mais comme on ne les observe qu'après l'action de certains poisons, nous en renvoyons l'examen à l'article des *Empoisonnements.*

Symptômes, *marche.* — La gastrite peut débuter brusquement, ou bien être précédée des prodromes ordinaires aux maladies aiguës. Lorsque l'affection est bien caractérisée, les malades accusent une douleur parfois obtuse, mais ordinairement vive, lancinante, siégeant au creux épigastrique, augmentant toujours par la pression, par les mouvements du tronc et souvent par l'ingestion des liquides. Il y a une inappétence complète; les malades sont tourmentés par une soif vive : la langue est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre; elle est parfois collante, sèche et rouge, dit-on, à la pointe et à ses bords. Il y a des nausées et des vomissements difficiles, douloureux; ceux-ci sont spontanés, mais l'ingestion de la boisson la plus douce suffit aussi pour les provoquer. Ils sont composés de matières aqueuses, bilieuses, jaunâtres et quelquefois sanguinolentes. En même temps la chaleur du corps s'élève; le pouls est accéléré; il y a de la céphalalgie, de l'insomnie, de la dyspnée, une respiration saccadée, accompagnée d'une petite toux sèche et d'une grande anxiété : ces derniers symptômes n'existent guère toutefois que dans les cas où la gastrite s'accompagne d'une douleur très vive.

La description précédente se rapporte à la gastrite intense, qui ne dépend pas de l'empoisonnement par des substances irritantes. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, la maladie n'a pas la même intensité. Ainsi, le plus souvent, la douleur est seulement obtuse, la soif est moins vive; l'appétit n'est pas complétement perdu; les malades peuvent prendre encore quelques aliments, qui toutefois sont rarement digérés. Presque toujours ces substances réveillent des douleurs plus ou moins vives, et finissent par être rejetés par le vomissement, après avoir provoqué des rapports nidoreux : c'est la gastrite *sub-aiguë légère* ou *érythémateuse* des auteurs.

Comme on vient de le voir, dans la gastrite qui ne dépend pas d'une cause toxique, les symptômes peuvent avoir une certaine intensité; mais on n'observe pas ces accidents formidables d'adynamie et d'ataxie, de délire et de coma, qui, d'après les auteurs de la doctrine physiologique,

accompagneraient fréquemment la gastrite intense ou sur-aiguë, spécialement celle qu'on a nommée *phlegmoneuse*, en raison de la propagation de la phlegmasie au tissu cellulaire subjacent. Cette dernière forme de la maladie est d'ailleurs tellement rare qu'on en rencontre à peine quelques cas dans le cours de la pratique la plus longue et la plus occupée.

Terminaisons. — Presque toujours la gastrite a une heureuse issue. La résolution est sa terminaison la plus ordinaire. Lorsque celle-ci a lieu, les symptômes déclinent et s'amendent peu à peu : cependant, même après leur cessation complète, l'estomac conserve souvent pendant encore longtemps une grande susceptibilité; les digestions sont douloureuses et difficiles. Quelquefois enfin ce n'est qu'après plusieurs recrudescences de l'état aigu que l'estomac reprend définitivement ses fonctions. Souvent aussi, le malaise se prolongeant indéfiniment, la gastrite passe à l'état chronique. La maladie ne se termine par la mort qu'autant que la phlegmasie a eu pour effet de ramollir et de détruire une grande partie de la muqueuse stomacale, et d'apporter ainsi un obstacle à la nutrition. On conçoit aussi que la mort puisse dépendre d'une péritonite sur-aiguë, par suite de la perforation de l'estomac; mais cette lésion n'est presque jamais l'effet d'une gastrite aiguë simple ; elle succède le plus communément à la gastrite par cause toxique. Il en est de même de la gangrène, qui reconnaît presque toujours une cause spécifique (pustule maligne? poisons caustiques, etc.).

Durée. — La gastrite a une durée variable ; pour peu qu'elle ait de l'intensité, il est rare que les malades soient rétablis avant la fin du second septénaire; souvent la convalescence se prolonge pendant un temps fort long et tout à fait indéterminé.

Diagnostic. — La gastrite aiguë doit surtout être distinguée du ramollissement atonique de l'estomac, de l'embarras gastrique, de la gastralgie, des vomissements nerveux, de l'hépatite, de la péritonite, des coliques hépatique et néphrétique, etc.; j'établirai ces diagnostics différentiels lorsque je traiterai en particulier de chacune de ces maladies. Mais on peut résumer ainsi les caractères distinctifs de la gastrite, en disant que dans cette affection il existe une douleur vive à l'épigastre, augmentant par la pression et s'accompagnant d'une soif vive, de nausées, de vomissements et de la non-tolérance des aliments et des boissons. La rougeur de la langue est un phénomène exceptionnel qui, d'ailleurs, n'a par lui-même aucune valeur. C'est en étudiant ainsi l'état local, et en le comparant aux autres symptômes, qu'on ne prendra pas pour une gastrite aiguë les troubles de l'estomac qui sont sympathiques. Dans la variole, par exemple, nous avons vu qu'il existait souvent au début des nausées, des vomissements et une vive sensibilité à l'épigastre : mais les autres symptômes, comme le lumbago, la fièvre intense, l'état d'anxiété, l'accablement extrême, souvent le délire, phénomènes qu'on ne rencontrera point dans la gastrite spontanée, ne permettront jamais le moindre doute.

Pronostic. — La gastrite spontanée est généralement une maladie peu grave chez l'adulte; il n'en est pas de même chez les enfants très jeunes.

Causes. — La plus grande incertitude règne encore sur les causes de la gastrite aiguë. Tout ce qu'on a dit de l'influence du sexe masculin, de l'âge adulte, des climats chauds, de l'alimentation, des excès alcooliques, des émotions morales, etc., comme favorisant la manifestation de la maladie, est loin d'être encore démontré. Dans quelques cas, l'inflammation de l'estomac a succédé à une cause traumatique, comme une plaie, un coup sur l'épigastre, l'introduction d'un corps étranger, ou de substances irritantes et corrosives.

Traitement.—Pour peu que la gastrite soit intense, on devra recourir à une ou plusieurs émissions sanguines; il suffira presque toujours d'appliquer un plus ou moins grand nombre de sangsues à l'épigastre; en même temps on recouvrira cette partie de cataplasmes émollients. Les malades seront plongés dans des bains tièdes très prolongés ; on administrera des boissons douces, mucilagienuses, acidules; celles-ci seront prises en très petite quantité à la fois; on les donnera tièdes ou fraîches, ou même tout à fait froides, si on ne parvenait pas à modérer les vomissements. On devrait également ne pas hésiter à prescrire une petite quantité d'opium, si les douleurs étaient trop vives ou si les malades étaient tourmentés par l'insomnie. On ne commencera l'alimentation que lorsque tous les accidents aigus auront été calmés. On débutera toujours par les substances les plus douces, comme le lait, le bouillon de poulet, etc. ; puis on augmentera en raison directe de la tolérance de l'estomac et des forces digestives. Quelquefois celles-ci sont engourdies; il faut alors les ranimer doucement par l'emploi des eaux gazeuses, des boissons amères et des révulsifs externes, tels que les vésicatoires, les pommades émétisées sur l'épigastre, etc. (Voir, comme complément, l'article *Ramollissement de l'estomac*, dans le t. II.)

DE LA GASTRITE CHRONIQUE.

Caractères anatomiques. — De même que la gastrite aiguë, la gastrite chronique est caractérisée par des changements dans la coloration et la nutrition de la membrane muqueuse; fréquemment aussi on observe des changements dans l'ampleur et dans la forme du viscère. Celui-ci peut être tellement revenu sur lui-même, lorsque la maladie s'est prolongée, qu'il égale parfois à peine le volume du gros intestin. Dans la gastrite chronique, la membrane muqueuse est rarement colorée en rouge; mais le plus souvent elle est grisâtre, ardoisée ou brune. Ces colorations sont uniformes, ou bien disposées par zones, par plaques, plus rarement par pointillés, etc.; mais, quelle que soit leur distribution, et quelle que soit la nuance de la teinte, on ne peut jamais, d'après ce seul caractère, établir l'existence de la gastrite chronique; car ces colorations se rencontrent fréquemment chez des sujets qui ne présentent aucun trouble du côté des fonctions digestives. D'ailleurs, ainsi que cela résulte surtout des recherches de M. Louis, les colorations diverses de la membrane muqueuse indiquent bien moins une phlegmasie *actuelle* que l'existence d'une inflammation *ancienne*.

Dans la gastrite chronique, indépendamment de ces altérations de couleur, on trouve la membrane muqueuse épaissie, plus consistante, ou bien ramollie, et ce ramollissement coexiste souvent avec un amincissement du tissu. D'ailleurs l'épaississement, l'atrophie ou l'hypertrophie de la muqueuse ne peuvent jamais à eux seuls caractériser l'inflammation ; car ces lésions peuvent survenir sous l'influence d'une simple altération de nutrition encore inconnue dans son essence, mais que rien ne démontre avoir son point de départ dans un travail inflammatoire. Il en est de même des tissus subjacents à la muqueuse, et surtout des tuniques celluleuse et musculaire, qu'on a trouvées quelquefois hypertrophiées isolément ou simultanément avec la membrane muqueuse, et dans une étendue plus ou moins considérable. Sans contester que la gastrite chronique puisse produire un pareil effet, il ne faudrait pas néanmoins, en présence d'une semblable altération, et en n'ayant qu'elle comme élément de diagnostic, conclure de suite à l'existence d'une phlegmasie.

Il est une autre variété d'hypertrophie de la membrane muqueuse connue sous le nom d'*état mamelonné*, lésion que M. Louis, qui le premier l'a bien décrite, considère comme étant aussi un résultat de l'inflammation. Dans les points où cette altération existe, la membrane muqueuse présente une foule de saillies plus ou moins arrondies, de 5 à 7 millimètres de diamètre, assez semblables aux bourgeons charnus des plaies en suppuration, mais un peu plus décolorés qu'eux, et séparés les uns des autres par des sillons étroits, dans lesquels la muqueuse est légèrement amincie. Cette lésion, rarement générale, occupe surtout la région pylorique et le voisinage de la grande courbure. Je ne crois pas qu'on puisse être encore bien fixé sur sa nature. Il est possible qu'elle se développe exclusivement par suite d'un travail inflammatoire ; mais, s'il en est ainsi, il faut reconnaître que la lésion peut persister encore longtemps après que la phlegmasie est complétement éteinte. Tous les jours, en effet, nous ouvrons des cadavres chez lesquels cet état mamelonné existe au plus haut degré, bien que pendant la vie on n'ait observé aucun trouble appréciable du côté de l'estomac. J'en conclus donc que l'état mamelonné, coexistant même avec une coloration ardoisée, ne saurait caractériser *sûrement* une gastrite chronique *actuelle ;* mais ces deux altérations sont l'indice ou le vestige d'un travail pathologique *antérieur*. Indépendamment de cet état mamelonné, la muqueuse stomacale peut présenter encore différentes saillies ou végétations à base large, ou pédiculées, non friables comme le sont les végétations cancéreuses, et dans lesquelles on reconnaît la texture propre de la muqueuse hypertrophiée ou devenue fongueuse ; ailleurs c'est l'appareil folliculaire qui, plus développé que de coutume, forme de petites tumeurs arrondies et blanchâtres. Ces divers états, qu'on rencontre fréquemment sur des estomacs sains, me paraissent être tout à fait indépendants de l'inflammation.

Les ulcérations de l'estomac qui ne sont ni cancéreuses ni tuberculeuses sont assez rares en France, tandis que, d'après M. Rokitanski, on les observerait très souvent à Vienne. Elles ont le plus ordinairement une origine

inflammatoire ; fort rarement elles sont la suite d'une gastrite aiguë, mais elles caractérisent plutôt une forme de la phlegmasie chronique. On observe spécialement ces solutions de continuité vers les deux courbures, surtout près de la petite ; elles siègent à peu près toujours dans la moitié pylorique de l'estomac. Ces ulcères, parfaitement étudiés de nos jours par MM. les professeurs Cruveilhier (*Revue médicale* de 1838) et Rokitanski (*Extr.* dans *Archives* de 1840) ont pour la plupart des bords durs et saillants ; leur fond est grisâtre, mais ils n'ont ni l'aspect ni la texture des ulcères carcinomateux ; d'autres ont une surface égale, des bords lisses déprimés, tantôt adhérents, tantôt décollés. Ils ont un diamètre fort variable ; il en est qui égalent à peu près en étendue une pièce de 1 à 2 fr., d'autres sont larges comme une pièce de 5 francs ; on en voit même qui ont deux ou trois fois plus de surface. La plupart sont circulaires ou elliptiques ; mais les plus vastes ont des contours fort irréguliers. Il en est de même lorsque deux ou trois ulcérations convergeant entre elles finissent par se réunir. Les ulcérations dont nous parlons peuvent n'atteindre que la muqueuse, tandis que les couches subjacentes sont hypertrophiées ; d'autres fois, au contraire, le travaîl ulcératif les envahit toutes jusqu'au péritoine lui-même, et il en résulte une perforation. Lorsque le travail destructeur a rencontré et atteint une artère considérable, on trouve quelquefois l'estomac distendu par un énorme caillot de sang noirâtre qui s'est moulé sur sa face interne, et au fond de l'ulcération on distingue l'orifice béant du vaisseau divisé.

Lorsqu'il y a perforation, l'estomac peut communiquer largement avec le péritoine ; d'autres fois l'ouverture morbide est obturée par un des viscères voisins, qui, ayant contracté une adhérence intime avec les bords, empêche ainsi les matières de s'épancher dans le ventre. Le foie, le pancréas, le colon, le diaphragme, sont les organes qu'on a vus le plus souvent remplir le rôle d'obturateurs ; il peut se faire alors que, le travail destructeur continuant, ceux-ci soient à leur tour entamés. Il en résulte alors des désordres énormes ; mais cela se rencontre bien moins dans les ulcères simples dont nous parlons que dans ceux qui sont carcinomateux. (Voir t. II, *Cancer de l'estomac.*)

En général, il n'existe qu'une seule ulcération ; c'est ce que M. Rokitanski a noté, par exemple, 62 fois sur 79. Cependant, quelquefois il y en a plusieurs ; on en a compté jusqu'à cinq, six, et plus encore. Ces solutions de continuité se forment probablement suivant le même mécanisme que les ulcérations spontanées de la plupart des muqueuses, et rien ne prouve l'exactitude d'une opinion de M. Rokitanski, qui les considère comme succédant à un ramollissement circonscrit ou à une escarre.

Les ulcères de l'estomac peuvent se cicatriser. Si la perte de substance est peu considérable, la cicatrice sera marquée par une simple dépression lisse ou blanchâtre ; et si la mort arrive un peu plus tard, ce tissu de nouvelle formation se mettra de niveau avec les parties voisines et ne pourra plus en être distingué. Mais si l'estomac a souffert une large solution de continuité, il se formera alors une cicatrice inégale, froncée, irrégulière,

fibreuse dans quelques points, dont les éléments seront fournis par les tuniques intestinales qui restent, et en cas de perforation par l'organe ou les organes qui servent d'obturateurs. Dans ces conditions, l'estomac a toujours subi un changement dans sa forme ; il est plus ou moins rétréci transversalement. Le pylore peut être coarcté ; d'autres fois c'est le milieu de l'estomac qui est resserré sous forme d'anneau. Les cicatrices dont nous parlons peuvent elles-mêmes devenir consécutivement le point de départ de diverses transformations organiques ; d'autres fois elles se déchirent dans un effort par une pression brusque sur le ventre, ou bien lorsque l'estomac a été soumis à une distension trop considérable.

Symptômes, *marche*. — L'inflammation chronique de l'estomac est presque toujours primitive ; rarement elle succède à l'état aigu. Dans le premier cas, les digestions commencent à être pénibles ; elles s'accompagnent de malaise, de douleurs épigastriques et de céphalalgie ; il y a des renvois acides, et souvent des vomissements. Ces accidents diminuent ou cessent lorsque les malades s'astreignent à un régime sévère, lorsqu'ils s'abstiennent de certains aliments. Cependant la difficulté des digestions finit par être permanente ; chez presque tous les sujets, il existe une douleur épigastrique, tantôt faible, compressive, d'autres fois forte et lancinante, diffuse, ou bornée à un grand espace ; s'irradiant quelquefois jusque dans le dos ou à la base du thorax. Elle augmente communément après l'ingestion des aliments et des boissons stimulantes ; quelquefois, si l'estomac est vide, elle ne se réveille que par la pression extérieure ou pendant la digestion, quelle que soit d'ailleurs la nature des substances ingérées. C'est surtout alors que la douleur, devenue plus vive, et présentant les caractères d'une *crampe*, s'accompagne d'un sentiment d'angoisse des plus pénibles ; elle ne cesse souvent que lorsque les malades ont vomi. L'appétit est très variable ; rarement il est conservé ou absolument éteint, mais presque toujours il est sensiblement diminué. On n'observe peut-être jamais dans la gastrite chronique le pica et la boulimie, qui sont au contraire des symptômes très communs dans les névroses de l'estomac. La soif est le plus souvent nulle ou peu vive, excepté pendant la digestion. Les vomissements qu'on observe dans la gastrite chronique n'ont presque jamais lieu à jeun, mais seulement pendant le travail de la digestion : ils sont formés par des liquides âcres, brûlants, amers, par des aliments plus ou moins digérés, et quelquefois par du sang pur rendu en grande quantité, ou bien altéré, et semblable à de la suie ou à du marc de café. Cependant ces derniers vomissements, qu'on nomme *mélaniques*, sont tellement rares dans la gastrite chronique, même lorsqu'elle est ulcéreuse, que lorsqu'on les observe, ils indiquent presque sûrement une lésion cancéreuse de l'estomac, dont ils sont, en effet, un des caractères les plus constants et les plus certains. Il n'en est plus de même des vomissements de sang pur, se répétant souvent à de certains intervalles, et qui sont, en effet, un accident aussi rare dans la gastrite simple qu'ils sont communs dans la gastrite ulcéreuse. Indépendamment de ces matières liquides, beaucoup de malades expulsent aussi des gaz inodores ou ayant la fétidité

de l'hydrogène sulfuré. Parmi ces individus, les uns n'éprouvent aucune saveur, d'autres ont toujours un goût amer, acide ou poivré dans la bouche. La langue est presque toujours naturelle, et on observe bien rarement cette rougeur de la pointe et des bords, et le développement des papilles, que quelques auteurs ont signalés comme un symptôme à peu près constant de la maladie. Enfin, presque toujours il existe une constipation opiniâtre, ou bien il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Cependant les fonctions de l'estomac ne peuvent être perverties longtemps sans que la nutrition en souffre d'une manière notable : aussi presque tous les malades pâlissent et maigrissent. La plupart n'ont jamais de fièvre : cependant il en est un grand nombre chez lesquels on constate, durant le travail pénible de la digestion, de l'accélération du pouls, de la chaleur à la peau, de la soif et du malaise; enfin on en a même vu qui présentaient tous les symptômes de la fièvre hectique et qui finissaient par succomber dans le marasme.

Durée, *terminaison.* — La gastrite chronique est une maladie d'une durée toujours longue, rarement moindre de deux à trois mois. Elle se prolonge souvent des années entières. Elle guérit, le plus souvent, après avoir présenté de nombreuses exacerbations; d'autres fois, elle a une issue funeste. Cependant il est très rare que la gastrite soit la seule cause de la mort; celle-ci s'explique, le plus souvent, par quelque maladie intercurrente ou par un accident de la gastrite elle-même, comme une hématémèse ou une perforation. Si cette dernière n'est pas bouchée par un organe voisin, elle produit aussitôt une péritonite sur-aiguë. Il est prouvé aujourd'hui que le cancer de l'estomac n'est ni une variété ni un effet de la gastrite : cependant il est incontestable que, chez des individus prédisposés, un cancer peut se développer dans l'estomac à la suite d'une inflammation, de même qu'on voit quelquefois le cancer de la mamelle succéder à une phlegmasie traumatique de cet organe. D'ailleurs il existe dans la science quelques faits qui démontrent qu'un cancer a envahi les parois de l'estomac à la suite d'une violente phlegmasie développée par l'ingestion dans ce viscère d'une certaine quantité d'acide sulfurique ou nitrique. Évidemment en pareil cas l'inflammation joue le rôle d'une cause déterminante ordinaire qui n'agit qu'en vertu d'une prédisposition antérieure du sujet. Beaucoup d'individus atteints de gastrite chronique deviennent hypochondriaques.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard les nombreux points de contact de la gastrite chronique avec les névroses et le cancer de l'estomac (voir ces maladies). Nous dirons combien il est souvent difficile de la distinguer de cette dernière affection. Quoi qu'il en soit, la gastrite chronique une fois établie, nous ne croyons pas possible de déterminer si elle est générale ou partielle, et, dans ce dernier cas, dans quelle région elle est circonscrite. Tout ce qu'on a dit à ce sujet n'est fondé que sur des idées hypothétiques. Nous ne croyons pas, non plus, qu'il soit actuellement possible de diagnostiquer la nature des altérations. Par exemple, nous ne pensons pas qu'on puisse annoncer d'une manière certaine, pendant la vie, l'exis-

tence d'une ulcération, attendu que le plus souvent cette lésion ne produit pas d'autres symptômes généraux ou locaux que ceux que provoquent la plupart des autres altérations caractéristiques de l'état chronique. Cependant il est des symptômes qui par leur réunion doivent faire craindre l'existence d'une ou plusieurs ulcérations ; ce sont surtout la cardialgie, les douleurs d'estomac très vives siégeant surtout vers l'appendice xiphoïde et retentissant dans le dos, l'hématémèse, les vomissements plus fréquents survenant peu après l'ingestion des aliments, vomissements qui, d'après M. Rokitanski, contiendraient souvent des flocons d'un brun noirâtre.

Pronostic. — La gastrite chronique n'est pas généralement une affection très grave, à moins qu'elle ne se prolonge longtemps et qu'elle n'empêche la nutrition de se faire. La forme ulcéreuse est la plus fâcheuse, surtout en raison du danger d'une perforation.

Étiologie. — Les causes de la gastrite chronique sont plus obscures encore que celles de la gastrite aiguë ; et il est impossible dans l'état actuel de la science d'émettre sur ce point aucune opinion certaine. Cependant on sait que la maladie, rare dans l'enfance, est plus commune dans la période de vingt à cinquante ans et au-delà (1). Tout porte à penser qu'elle est fréquemment le résultat d'écarts de régime, d'une nourriture trop excitante ou insuffisante : cependant ces propositions ne pourraient encore s'appuyer sur aucune série de faits bien observés ; ce sont là de simples suppositions plus ou moins probables que l'observation pourrait bien démentir un jour.

Traitement. — Lorsque la douleur est vive, continue, il convient de commencer le traitement par une ou plusieurs applications de sangsues à l'épigastre, et d'administrer en même temps des boissons douces. La diète absolue est rarement nécessaire ; elle serait même nuisible. Il faudra donc alimenter doucement les malades : le lait, le bouillon, les gelées végétales et animales, les fécules, les fruits cuits seront d'abord employés; puis on permettra l'usage d'aliments solides, en ayant soin de choisir ceux qui, par leur nature ou par l'idiosyncrasie des sujets, seront le mieux supportés. On administrera aussi avec quelque avantage certaines eaux minérales, spécialement les eaux de Cauterets, d'Ems, de Bussang, de Vichy, de Plombières, de Wiesbaden, etc. ; ces dernières seront surtout utiles lorsque les malades sont tourmentés par des aigreurs. Lorsqu'on soupçonne des ulcérations, MM. Cruveilhier et Rokitanski s'accordent pour conseiller la diète lactée. Ils donnent le lait pur ou coupé avec l'eau de chaux, ou une eau minérale ; ce liquide est pris froid ou chaud, frais ou bouilli, suivant qu'il est plus ou moins bien digéré dans ces divers états. Il est des malades, cependant, qui ne peuvent en supporter l'usage : on le remplace alors par des panades ou par des décoctions mucilagineuses. Si les douleurs sont très vives, il faut chercher à les calmer par l'usage de

(1) Sur 79 cas d'ulcérations simples de l'estomac réunis par M. Rokitanski, 30 avaient lieu chez des sujets âgés de plus de cinquante ans ; 21 chez des individus ayant moins de trente ans ; les autres avaient des âges intermédiaires ; 4 avaient de seize à dix-neuf ans. Sur ces 79 sujets, on comptait 46 femmes et 33 hommes.

l'opium à l'intérieur ; on pourra même administrer ce médicament avant ou après le repas, sans craindre de ralentir le travail de la digestion. Dans ces cas, l'opium nous paraît plus utile et d'un effet plus constant que le sous-nitrate de bismuth, qu'on a également conseillé, et qu'on peut donner à la dose de 30 à 75 centigrammes au commencement des repas. Les malades seront en outre soumis, sous tous les rapports, à une bonne hygiène. Ils seront couverts de flanelle, et on cherchera, par des frictions, par le massage et quelques bains sulfureux, à exciter les fonctions de la peau. Si la maladie résiste, il faudra ne pas hésiter à recourir à une médication révulsive locale : ainsi on appliquera un vésicatoire à l'épigastre, et s'il ne soulage pas, on le remplacera par un ou deux cautères, au moins, ou même par un séton. Ces moyens sont surtout conseillés par M. Rokitanski dans les cas de gastrite ulcéreuse. Cependant il arrive une époque où, bien que l'état phlegmasique soit éteint, l'estomac néanmoins ne reprend point ses fonctions ; il semble alors que ce viscère soit frappé d'atonie. C'est dans ces conditions qu'il convient de prescrire une nourriture légèrement stimulante ; on donnera les préparations de kina, et les ferrugineux, etc ; mais on ne devra jamais employer ces moyens qu'avec prudence et comme *à tâtons*, jusqu'à ce qu'une amélioration évidente ayant suivi leur emploi, on puisse les prescrire avec plus de confiance. Je ne dirai rien ici des solutions arsenicales, ni du nitrate d'argent, ni du sulfate de fer, que les médecins anglais préconisent dans les cas de gastrite chronique ulcéreuse ; car ces moyens sont irrationnels, et on conçoit qu'ils puissent produire de graves accidents. C'est donc une raison de s'en abstenir désormais.

DE L'ENTÉRITE ET DE LA COLITE AIGUES.

Le mot *entérite* semblerait devoir exprimer toute inflammation siégeant sur un point quelconque de la membrane muqueuse du tube intestinal ; mais l'usage l'a surtout consacré pour désigner la phlegmasie de l'intestin grêle, et surtout celle qui occupe le jéjunum et l'iléon. L'inflammation du duodénum a reçu le nom spécial de *duodénite*, comme celle du gros intestin prend les noms de *colite* ou de *rectite*, suivant que la maladie occupe le colon ou le rectum. Il n'est pas jusqu'à l'inflammation du cœcum qu'on n'ait désignée par un nom spécial, celui de *typhlite*.

L'entérite est caractérisée par des douleurs de ventre plus ou moins vives, et ordinairement mobiles, s'accompagnant de selles liquides, muqueuses ou bilieuses, en nombre plus ou moins considérable.

Divisions. — Parmi les nombreuses divisions qui ont été établies dans l'histoire de l'entérite, nous croyons qu'on ne doit conserver que celles qui font distinguer la maladie en *bénigne* et en *grave*, en *aiguë* et en *chronique*. Enfin il est une espèce d'entéro-colite qui, en raison des lésions qui l'accompagnent, des symptômes qui la caractérisent et de sa nature spécifique, constitue une maladie distincte de l'entérite proprement dite : je veux parler de la *dysenterie*, dont nous traiterons en particulier.

Caractères anatomiques de l'entéro-colite. — Les caractères anatomi-

ques de l'inflammation sont les mêmes dans l'intestin que dans l'estomac; on y trouve en effet, dans le premier, les mêmes modes d'injection, de coloration, et les mêmes altérations de nutrition. Ainsi, pour peu que l'entérite ait une certaine durée et une certaine intensité, la membrane muqueuse est non seulement rouge, mais elle est encore boursouflée, épaissie ou amincie, friable ou ramollie (1). Le tissu cellulaire sous-muqueux est souvent épaissi et blanchâtre. Ces diverses altérations sont presque toujours partielles : elles sont le plus souvent bornées aux quatre ou sept derniers décimètres de l'intestin grêle; le duodénum est le point le plus rarement affecté. On ne trouve guère la muqueuse altérée dans toute l'étendue de l'intestin que lorsque l'entérite est produite par une substance toxique; dans ce cas, on peut voir des escarres, des ulcérations, et parfois même des perforations. Mais dans l'entérite simple, il n'y a ni développement ni ulcération des follicules intestinaux; la membrane muqueuse elle-même n'est presque jamais ulcérée; il est très rare aussi qu'il existe des concrétions, comme dans le muguet et dans l'angine couenneuse. Enfin la suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux est un phénomène encore plus rare dans l'entérite que dans la gastrite. C'est dans ces cas seulement que l'entérite peut être appelée *phlegmoneuse*. Ce que je viens de dire de l'intestin grêle s'applique à tous égards au gros intestin. Il nous a paru pourtant que, dans l'inflammation de ce dernier, le ramollissement était plus considérable; il n'est pas rare même de ne plus retrouver la membrane muqueuse dans une grande étendue; les matières fécales sont alors en contact avec la tunique celluleuse épaissie. Les ulcérations et les suppurations interstitielles sont aussi rares dans la colite que dans l'entérite et la gastrite. Cependant, dans l'entéro-colite, si fréquente chez les enfants à la mamelle, M. Bouchut signale comme étant assez communes, dans la forme aiguë comme dans la forme chronique de la maladie, des ulcérations, les unes étroites, linéaires, faciles à méconnaître; les autres circulaires, paraissant siéger sur les cryptes mucipares. Si la maladie remonte déjà à une certaine époque, on en trouve plus ou moins qui sont cicatrisées. Pour terminer, nous dirons encore que, dans la phlegmasie de l'intestin, on ne trouve pas les ganglions abdominaux engorgés; la rate et le foie ne sont altérés qu'accidentellement, et peut-être ils le deviennent indépendamment de la lésion intestinale. L'estomac, qu'on a regardé pendant quelque temps comme étant toujours malade dans l'entérite, ne participe, au contraire, aux altérations de l'intestin que dans la très minime partie des cas. Rien, en effet, de moins commun qu'une gastro-entérite.

(1) Pour bien apprécier ces altérations, il faut se rappeler que la muqueuse intestinale est naturellement blanche, que son épaisseur est un peu plus considérable dans le jéjunum que dans l'iléon; on peut la comparer à celle d'une feuille de papier joseph (Louis). A l'état sain, la muqueuse peut fournir des lambeaux de 10 à 23 millimètres (5 à 10 lignes), lorsqu'après l'avoir incisée, on la détache en la saisissant avec une pince ou avec le bout des ongles. La muqueuse du gros intestin est plus ténue, et fournit des lambeaux plus longs.

Symptômes. — L'entérite simple est rarement précédée de frissons et de fièvre. Presque toujours les phénomènes prodromiques n'existent que du côté de l'abdomen, qui est comme gonflé, endolori ; l'appétit est perdu ou diminué. Bientôt les malades ressentent des coliques sourdes, contusives, ou bien aiguës, vives, lancinantes, avec pincements, exacerbantes, se faisant surtout sentir au niveau de l'ombilic, où parfois elles sont comme concentrées : cependant le plus souvent elles s'irradient vers les autres points du ventre. La diarrhée accompagne ces souffrances ; les selles sont plus ou moins nombreuses ; elles sont en général annoncées par un redoublement dans les coliques ; les matières évacuées sont jaunes, muqueuses, plus ou moins homogènes ; elles sont verdâtres et mêlées à des grumeaux blancs formés par le caséum chez les enfants qu'on allaite. Lorsque les selles se renouvellent trop souvent, elles produisent un sentiment de cuisson et de brûlure à l'anus. Presque toujours les coliques se calment après chaque évacuation, et dans leur intervalle les malades éprouvent des grognements et des gargouillements. Le ventre exploré, on constate qu'il est souvent légèrement rétracté, ou bien qu'il est un peu tendu, plus sonore, et même météorisé ; c'est ce qu'on voit surtout chez les jeunes enfants. La pression est douloureuse dans un ou plusieurs points ; il n'est même pas rare, surtout si l'inflammation occupe le gros intestin, de constater une sensibilité excessive, comparable à celle de la péritonite, sans pourtant que le péritoine soit lui-même atteint. Lors même qu'elle n'existe qu'à un faible degré, l'inflammation des intestins s'accompagne d'inappétence, de soif et d'un état de faiblesse qui est proportionné au nombre des évacuations alvines et à la violence des coliques. Cependant, pour peu que la phlegmasie ait une certaine intensité, il existe un mouvement fébrile plus ou moins fort, avec céphalalgie, et souvent accompagné de nausées et de vomissements. Ces derniers sont le plus souvent sympathiques ; quelquefois pourtant ils sont l'effet d'une phlegmasie concomitante de l'estomac ; dans ce cas, ils existent concurremment avec tous les symptômes que nous avons déjà énumérés. On dit alors qu'il y a *gastro-entérite*, mot dont on a étrangement abusé pendant quinze ans, puisqu'il a servi à dénommer très improprement la fièvre typhoïde elle-même.

Variétés de siége. — La plupart des médecins admettent que les symptômes et la marche de l'entérite offrent de nombreuses différences, suivant le siége de la phlegmasie. Ainsi, on a prétendu que lorsque le duodénum était enflammé, il existait une douleur vive et profonde au-dessous du foie, vers la région ombilicale, s'irradiant vers les flancs ou les lombes ; que les souffrances, continues ou non, se réveillaient toujours deux ou trois heures après le repas, c'est-à-dire lorsque, la digestion stomacale étant finie, les aliments arrivaient dans le duodénum. On a cru surtout que la duodénite pouvait déterminer un flux bilieux ou pancréatique, en vertu de cette loi qui fait qu'une inflammation existant à l'extrémité d'un canal excréteur active la sécrétion de la glande à laquelle il aboutit. On a dit aussi qu'elle s'accompagnait fréquemment d'ictère, et on expliquait celui-ci par l'oblitération de l'orifice intestinal du canal cholédoque, obli-

tération qu'on supposait devoir être produite par le boursouflement de la muqueuse duodénale. Mais ce sont là des idées purement théoriques, et qui n'ont point été sanctionnées par l'observation. La duodénite, dont nous ne contestons nullement l'existence, est d'ailleurs une affection excessivement rare, presque impossible à diagnostiquer, et qui ne joue pas, à coup sûr, dans la production des maladies des organes biliaires, le rôle que l'école de Broussais lui a gratuitement départi.

L'inflammation du colon et celle du rectum ont des signes plus positifs. Dans la première, en effet, il y a, indépendamment de la diarrhée, une douleur *superficielle*, et qui dessine souvent fort exactement le trajet connu de l'intestin malade. Mais il est rare que la colite existe seule; dans la presque totalité des cas, en effet, l'inflammation atteint simultanément la fin de l'intestin grêle (*iléo-colite* ou *entéro-colite*). Enfin, lorsque le rectum est enflammé, les malades accusent une douleur profonde dans le bassin; il y a souvent du ténesme et une pesanteur incommode à l'anus.

On insistait beaucoup autrefois sur une forme d'entérite qu'on nommait *phlegmoneuse*, dans laquelle toutes les tuniques intestinales, et jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, participeraient à l'inflammation. Mais, en consultant les faits rapportés par les auteurs, on se convaincra que sous ce titre on a compris des affections très différentes, particulièrement diverses espèces d'iléus, ou bien des phlegmons développés au pourtour des intestins, spécialement au voisinage du cœcum. Nous croyons également qu'il faut rapporter aux phlegmons iliaques la plupart des faits qu'on a décrits en Allemagne sous le nom de *typhlite* (inflammation du cœcum). Les travaux publiés à ce sujet offrent généralement fort peu de précision. Cependant il y a un point curieux dans l'histoire des phlegmasies du cœcum que je dois signaler, c'est la possibilité d'une inflammation limitée à l'appendice vermiforme. Cette inflammation peut certainement être primitive, comme le prouvent un certain nombre de faits observés en France; mais presque toujours la phlegmasie est consécutive à l'introduction dans la cavité de l'appendice de corps étrangers, tels que des fèces endurcies, des calculs, des concrétions, des noyaux ou des pepins de fruits, etc. Dans l'un et l'autre cas, on observe des douleurs plus ou moins violentes dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque, des vomissements, de la diarrhée, et plus souvent encore de la constipation; puis, au bout de quelques jours, les malades succombent avec des signes d'une péritonite suraiguë, et à l'autopsie on trouve le péritoine enflammé, et l'appendice vermiforme ramolli, gangrené et perforé. Les faits les plus curieux de ce genre ont été réunis, il y a quelques années, par un médecin allemand (Fréd. Merling), dans une petite monographie sur les maladies du cœcum. (Voir *Perforations de l'appendice cæcal*, dans le t. II).

Marche. — L'entérite a presque toujours une marche régulière, c'est-à-dire que les symptômes, après s'être accrus pendant quelque temps, diminuent peu à peu et finissent par cesser complétement et d'une manière définitive. Cependant il n'est pas très rare de voir la maladie présenter des exacerbations à époques fixes, ou bien, après avoir cessé, se re-

produire ensuite à certains intervalles, à la manière des affections périodiques. Mais il est rare que l'entérite dépende de la cause spécifique qui produit ces dernières; car, dans l'immense majorité des cas, on reconnaît, comme d'ailleurs nous l'avons déjà dit précédemment, que les exacerbations ou les retours périodiques des coliques et de la diarrhée dépendent uniquement de quelque écart de régime ou de l'heure à laquelle les malades ont pris des aliments. Si, en effet, l'entérite est limitée à un petit espace, on n'observera peut-être aucun phénomène morbide, à moins que les malades ne mangent; dans ce dernier cas, on verra des accidents intestinaux survenir à une époque plus ou moins éloignée du repas, au moment où les aliments arriveront au niveau de la portion d'intestin malade. On conçoit aussi pourquoi, alors les accidents pourront continuer ou se reproduire d'une manière périodique, suivant que les malades persisteront à manger ou se mettront de temps en temps au régime.

Durée, terminaison. — Dans la grande majorité des cas, l'entérite a une durée qui dépasse rarement un septénaire. Sa terminaison est presque toujours heureuse, du moins chez l'adulte. La maladie peut cependant avoir une issue funeste. La mort résulte alors de l'étendue et de l'intensité de la phlegmasie, qui, dans ce cas, envahit communément une grande partie du tube intestinal et détruit très rapidement sa membrane muqueuse. On conçoit qu'en pareille circonstance il puisse exister une fièvre intense, du délire, du coma, et des symptômes adynamiques fort graves; mais cet appareil symptomatique, fort rare dans notre pays, ne se remarque guère que dans les climats chauds. Chez nous, dans la forme la plus grave de l'entérite, on ne constate qu'un mouvement fébrile, médiocre, et presque jamais de symptômes cérébraux; la langue reste humide, mais les douleurs de ventre sont vives et brûlantes; les selles sont abondantes et plus ou moins sanguinolentes; la prostration est en rapport avec l'intensité de ces deux derniers symptômes. L'entérite passe souvent à l'état chronique par suite du traitement peu rationnel qu'on lui oppose, ou des écarts de régime que les malades commettent, ainsi que des autres mauvaises conditions hygiéniques auxquelles ils sont exposés.

L'âge des malades influe d'une manière remarquable sur la physionomie de l'entérite et sur la marche qu'elle suit. Chez les enfants, en effet, l'entérite et l'entéro-colite revêtent souvent une gravité qu'elles ne présentent presque jamais chez l'adulte. Ainsi, chez les enfants à la mamelle, on la voit souvent précédée d'érythème aux fesses, puis s'accompagner d'une réaction fébrile très intense avec développement du ventre et sensibilité vive à la pression; les selles sont muqueuses, jaunâtres, parfois sanguinolentes, plus souvent verdâtres et très nombreuses. On remarque aussi fréquemment, au début, des vomissements abondants et qui souvent ne s'expliquent par aucune lésion de l'estomac; c'est dans ces circonstances qu'on voit survenir des ulcérations aux malléoles, des points de muguet, ainsi que des ulcérations dans la bouche. Dans ces cas, l'amaigrissement fait des progrès rapides; en vingt-quatre heures, ces petits êtres deviennent presque méconnaissables; presque tous succombent. Chez les enfants

plus âgés, c'est-à-dire de deux à cinq ans, l'entérite, comme l'ont prouvé MM. Barthez et Rilliet, peut se montrer également sous une forme très grave, de manière même à simuler une affection typhoïde. C'est ainsi que la langue se sèche et brunit et que les dents s'encroûtent ; le ventre se ballonne, se tend, et il peut y avoir du délire et du coma. Disons cependant que c'est là une forme heureusement très rare de l'entérite du jeune âge. La plupart de ceux qui sont ainsi affectés succombent en deux septénaires.

Diagnostic. — La diarrhée et les coliques ayant les caractères précédemment indiqués, feront toujours distinguer très aisément l'entérite de la dysenterie, de la colique de plomb, des coliques nerveuses, de l'iléus, de la péritonite et du rhumatisme des parois abdominales. Il n'existe pas le moindre rapport, chez l'adulte, entre l'entérite et la fièvre typhoïde ; car, eu égard à la gravité, la première tue très rarement, tandis que la seconde emporte un grand nombre des individus qu'elle atteint. Dans l'entérite, il n'existe communément que peu de fièvre ; le ventre est douloureux, mais sans météorisme, sans gargouillement dans la fosse iliaque ; la rate n'est pas développée ; il n'y a pas de râle sibilant dans la poitrine ; on n'observe point de symptômes cérébraux ; les malades ne sont pas tourmentés par l'insomnie ; la faiblesse est médiocre et généralement proportionnée à l'intensité de la diarrhée ; tandis que nous savons que, dans la fièvre typhoïde, l'accablement des forces n'est pas en rapport avec le nombre et l'abondance des évacuations. Chez les enfants de deux à cinq ans, il n'en est pas absolument de même ; car nous avons vu que quelquefois, à cet âge, l'entérite, par l'abondance de la diarrhée, par le développement du ventre, par la sécheresse ou l'état fuligineux de la langue, et sa complication avec les accidents cérébraux, pouvait être confondue avec la fièvre typhoïde. Cependant la marche de la maladie, et surtout l'absence de quelques signes importants, comme du développement de la rate, des râles dans la poitrine et des taches à la peau, permettront, le plus souvent, d'établir le diagnostic différentiel ; celui-ci, nous en convenons pourtant, peut, dans quelques cas fort rares, rester obscur, incertain jusqu'à la mort. On pourrait alors, en pareil cas, mettre à profit les recherches thermométriques de M. Roger, qui a trouvé que dans l'entérite la température se maintenait entre 38 et 39°, chiffre qu'elle atteint même rarement, tandis qu'elle s'élève fréquemment à 41 ou 42° dans la fièvre typhoïde.

L'existence de l'entérite une fois établie, nous avons vu qu'on pouvait quelquefois en déterminer exactement le siége dans telle ou telle partie de l'intestin ; mais nous avons reconnu également que, dans le plus grand nombre des cas, cette localisation était absolument impossible, surtout pour les trois divisions de l'intestin grêle, et même pour déterminer si celui-ci est seul affecté ou bien s'il l'est simultanément avec le gros intestin. Tout ce qu'on a dit depuis Broussais sur la manière de distinguer entre elles l'inflammation de la muqueuse de l'intestin grêle de celle du colon, est entièrement controuvé. Je crois que ceux qui sont habitués à observer les malades avec soin partageront mon opinion, qui est également

celle de M. Louis, dont personne assurément ne conteste la supériorité dans l'art du diagnostic.

Pronostic. — Chez l'adulte, et dans notre climat, l'entérite (toujours en excluant celle qui est toxique) est une affection ordinairement bénigne et qu'on ne voit pas, une fois sur cent, se terminer par la mort. Mais il n'en est pas absolument de même chez les vieillards, chez les enfants à la mamelle, surtout chez ceux qui peuplent les hospices, et qui, promptement épuisés par les douleurs et la diarrhée, succombent en grand nombre. En parlant de la bénignité de l'entérite des adultes, je n'ai entendu désigner que l'entérite primitive, car il n'en est plus de même de celle qui est secondaire. C'est ainsi que nous avons vu précédemment cette affection faire périr beaucoup d'individus ayant d'abord échappé aux dangers de la variole et de la rougeole.

Étiologie. — L'entérite est une affection commune à tous les âges; mais il n'existe encore aucun relevé exact d'après lequel on puisse fixer approximativement quelle est la fréquence de cette maladie aux différentes périodes de la vie et dans l'un et l'autre sexe. Plus commune dans les saisons et les climats chauds, l'inflammation des intestins survient surtout après l'impression du froid, lorsque le corps est échauffé, ou bien après des écarts de régime, ou bien enfin après l'ingestion de substances âcres, irritantes, de purgatifs violents. L'entérite est une affection souvent épidémique. Chez les enfants à la mamelle, la maladie reconnaît souvent pour cause une nourriture trop abondante, la dentition, un sevrage prématuré, etc.

Traitement. — Dans la grande majorité des cas, l'entérite cède à un traitement très simple, comme l'emploi de boissons douces et mucilagineuses, de demi-lavements adoucissants et calmants, et de cataplasmes émollients sur le ventre. Mais le principal moyen de traitement est dans le régime. Ainsi, dans l'entérite très bénigne, les malades s'abstiendront de toute alimentation solide; si la maladie est plus intense, la diète sera de rigueur. La réaction fébrile, la force du pouls, indiquent l'emploi d'une ou plusieurs saignées générales. Si les douleurs abdominales sont très vives, il sera également utile d'appliquer des sangsues. Beaucoup les posent à l'anus, dans le but de dégorger plus facilement l'intestin; mais nous croyons qu'il est préférable de les mettre sur le ventre, si l'on veut que les malades soient soulagés plus complétement et plus rapidement. Dans les cas dont nous parlons, on retirera encore de bons effets des bains tièdes et suffisamment prolongés. Enfin, nonobstant ces moyens, si les coliques sont très vives, ou si l'entérite atteint un sujet très irritable, on devra de prime abord administrer une certaine quantité d'opium, afin de modérer les douleurs. Les préparations opiacées sont encore indiquées à une époque plus éloignée, lorsque, les symptômes de réaction étant éteints, la diarrhée seule persiste. Dans ces cas, l'opium modifie presque toujours avantageusement la sécrétion intestinale. L'entéro-colite se complique parfois d'un état bilieux que l'on peut combattre par l'emploi d'un vomitif: seulement, on devra préférer l'ipécacuanha à l'émétique, parce que le pre-

mier borne à peu près toute son action à l'estomac, tandis que l'autre médicament agit le plus souvent à la fois comme émétique et comme purgatif; l'ipécacuanha est aussi employé quelquefois à titre de révulsif au début de l'entéro-colite des jeunes enfants. M. Trousseau le conseille alors. Il est inutile d'insister pour prouver combien on doit surveiller le régime des malades si on veut éviter des rechutes continuelles, et, en définitive, le passage de la maladie à l'état chronique.

Les règles de traitement sont à peu près les mêmes pour l'enfant à la mamelle : à celui-ci on donnera à téter un peu moins souvent, on réglera ses repas, on remplacera en partie le lait de la mère par quelques boissons douces, comme l'eau de gomme ou de gruau. Si le dévoiement est abondant, on administre un lavement avec une ou deux gouttes de laudanum. Enfin, si le ventre est tendu et la fièvre intense, l'application de deux sangsues sur le ventre sera avantageuse. Si l'entérite survient après un sevrage prématuré, on devra redonner une nourrice à l'enfant, et ne pas lui permettre d'autre nourriture que le lait, ce qui n'exclut pas d'ailleurs l'emploi des émollients, des mucilagineux et des opiacés. (Voir comme complément l'article *Ramollissement* de la muqueuse digestive.)

DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE CHRONIQUES.

La forme chronique de l'entérite et de l'entéro-colite peut être primitive ; d'autres fois elle est consécutive à l'état aigu.

Caractères anatomiques. — Chez la plupart des individus qui succombent à l'entérite chronique, on constate une maigreur extrême de tout le corps ; le calibre des intestins est diminué de manière à n'avoir plus quelquefois chez l'adulte que la grosseur du petit doigt, tandis que le colon atteint à peine le volume naturel de l'iléon. Les parois intestinales sont alors amincies, comme atrophiées, et présentent souvent dans une grande étendue une coloration brunâtre ardoisée, à laquelle le péritoine est tout à fait étranger, et qui dépend de la couleur des tissus subjacents, surtout de la membrane muqueuse. D'autres fois, au contraire, les parois intestinales, surtout si c'est le colon qui est malade, sont épaissies, indurées, blanchâtres, demi-transparentes à la coupe, comme lardacées par suite de l'épaississement du tissu cellulaire : la membrane muqueuse est d'un gris brunâtre, tantôt épaissie et friable, d'autres fois ramollie, amincie, détruite, et parfois aussi ulcérée dans une étendue plus ou moins considérable. Cependant on a tort de regarder généralement les ulcérations comme un caractère anatomique fréquent de l'entérite chronique; car cette lésion ne se rencontre guère que chez les sujets tuberculeux, et alors elle résulte bien moins d'un travail inflammatoire *primitif* que de la fonte des tubercules sous-muqueux. Nous n'avons pas d'ailleurs à nous occuper ici de cette espèce d'entérite, que nous décrirons avec soin à l'article *Phthisie*. On trouve encore la membrane muqueuse intestinale ulcérée dans les entérites qui sont consécutives à la dysenterie. On peut donc établir comme résultat positif d'observation, qu'à part la dysenterie chro-

nique dont nous allons traiter, et l'entérite tuberculeuse, l'inflammation chronique de la muqueuse intestinale se termine fort rarement par ulcérations. Quoi qu'il en soit, lorsque celles-ci existent, elles sont incontestablement plus communes dans les diverses parties du colon que dans l'intestin grêle. L'estomac, qu'on a dit être altéré d'une manière si constante, participe au contraire rarement, quel que soit l'âge du sujet, aux lésions de la muqueuse intestinale.

Symptômes, *marche*, *terminaisons*. — Dans l'entérite ou l'entéro-colite chronique, la douleur est peu vive et occupe généralement le même point du ventre; rarement continue, elle ne survient le plus souvent que de temps en temps, et elle précède alors chaque évacuation. Les selles sont plus ou moins nombreuses ; il y en a cinq ou six dans les vingt-quatre heures, très souvent davantage et rarement moins. Elles sont constamment liquides, jaunâtres, muqueuses, et très fétides. Les besoins de défécation sont souvent provoqués par la marche, par une émotion, et surtout par l'ingestion des aliments et des boissons. C'est ainsi qu'il est beaucoup de malades atteints d'entérite chronique, qui ne peuvent ni boire ni manger sans être pris aussitôt d'un besoin subit et pressant d'aller à la selle ; presque tous sont tourmentés par des grognements intestinaux ou par un gargouillement bruyant, qui se manifestent surtout peu après le repas, et sont souvent les avant-coureurs des évacuations alvines. La soif est nulle ; la plupart des malades conservent de l'appétit, la digestion stomacale se fait régulièrement et sans souffrance. Cependant, pour peu que l'entérite se prolonge, on ne tarde pas à voir que la nutrition est profondément altérée. C'est ainsi que les malades perdent leurs forces ; ils pâlissent et maigrissent ; leur ventre se rétracte vers le rachis ; la peau est sèche, rude ; le pouls s'accélère ; bientôt il y a un appareil fébrile continu ou irrégulier ; enfin, si la maladie persiste à s'aggraver, la mort peut arriver dans le dernier degré de marasme. D'autres fois la diarrhée diminue, les selles sont nombreuses, les coliques sont presque nulles ; enfin l'embonpoint et les forces renaissent peu à peu, et les malades reviennent à la santé. Mais, quel que soit le mode de terminaison, il est rare que l'entérite chronique suive une marche uniforme et bien régulière ; le plus ordinairement, en effet, on observe des rémissions et des exacerbations. Celles-ci surviennent spontanément ou sont provoquées par différentes causes, spécialement par des écarts de régime ou par l'impression de l'humidité et du froid.

Durée. — L'entérite et l'entéro-colite ont une durée illimitée ; beaucoup d'individus, quoique bien guéris, conservent néanmoins une grande susceptibilité du côté des intestins; chez eux aussi on observe des dérangements digestifs au moindre écart de régime qu'ils font, ou lorsqu'ils prennent certains aliments d'une digestion difficile, ou bien encore lorsqu'ils s'exposent à l'humidité ou qu'ils avalent une boisson trop froide.

Diagnostic. — Les coliques et la diarrhée, s'accompagnant d'amaigrissement et de dépérissement, sont des symptômes d'entérite chronique ; mais ils n'en constituent pas le caractère pathognomonique, puisqu'on les rencontre au même degré dans diverses lésions organiques des intestins,

spécialement dans les ulcérations tuberculeuses et les dégénérescences squirrheuses. Ce n'est donc que par *voie d'exclusion* qu'on pourra arriver au diagnostic précis de l'entérite chronique simple. Il ne faut pas oublier que cette dernière est rarement mortelle chez l'adulte. Il n'est pas commun, en effet, de la voir à cet âge produire des symptômes de consomption : aussi devra-t-on regarder comme *très suspectes* ces entérites chroniques dans lesquelles il y a un amaigrissement rapide, qui souvent n'est point en rapport avec la diarrhée. On devra s'inquiéter davantage encore de ces diarrhées chroniques qui s'accompagnent de mouvements fébriles revenant régulièrement le soir et pendant la nuit, car presque toujours elles sont symptomatiques d'ulcérations intestinales de nature tuberculeuse qui elles-mêmes coïncident *toujours* avec des tubercules pulmonaires. On devra donc, dans tous les cas de diarrhées chroniques, explorer le thorax avec le plus grand soin, et être bien réservé sur le pronostic à porter, toutes les fois qu'on verra se développer des symptômes de consomption ou de fièvre hectique. Les diarrhées chroniques symptomatiques d'une lésion cancéreuse seront plus facilement reconnues ; car, comme nous le verrons plus tard, elles alternent souvent avec la constipation ; elles sont souvent précédées des signes indiquant un arrêt ou une gêne dans le cours des matières fécales ; elles sont formées par de la sanie, par du pus mêlé aux matières intestinales ; enfin, indépendamment des signes extérieurs de la cachexie cancéreuse, la palpation du ventre et le toucher par le rectum pourront faire reconnaître la nature et le siége de la lésion organique.

Pronostic. — L'entérite chronique est une maladie généralement fâcheuse, moins encore par sa gravité que par son opiniâtreté et par la fréquence de ses récidives. Cependant, chez les très jeunes enfants et chez les vieillards, il n'est pas rare de la voir se terminer par la mort.

Étiologie. — L'entérite chronique reconnaît le plus souvent pour cause, chez l'adulte, de fréquents écarts de régime, une mauvaise alimentation. Ces causes agissent surtout activement chez les enfants, qui sont naturellement très sujets au dévoiement. Un sevrage prématuré, une nourriture abondante et disproportionnée aux forces digestives, sont les causes les plus communes de l'entérite chronique des enfants à la mamelle. Les causes précédentes agissent d'autant mieux que les enfants sont d'une constitution plus faible.

Traitement. — Le régime du malade doit avant tout fixer l'attention du médecin. Une diète absolue est rarement utile ; elle aurait, même dans la plupart des cas, de graves inconvénients. Il faut choisir les aliments qui sont digérés avec le moins de fatigue, et qui, contenant beaucoup de principes nutritifs, sont absorbés en grande partie et fournissent peu de résidus. Les potages gras à la fécule, les crèmes de riz, les gelées végétales et animales, seront d'abord conseillés ; on arrivera ensuite par degré à une alimentation tout à fait solide et plus substantielle. Il importe dans les commencements de ne pas faire des repas trop copieux ; il ne faut pas non plus trop les multiplier, pour éviter la fatigue des intestins. Les malades boiront un vin généreux ; les vins de Bourgogne, et surtout celui de Bordeaux, se-

ront préférés ; ils seront étendus d'eau suffisamment. Assez souvent, chez les malades dont je parle, l'eau rougie est mal supportée et provoque les selles ; mais alors il nous a quelquefois suffi d'ajouter une petite quantité d'eau de Seltz, de sucre ou de gomme, pour la faire supporter. On devra, dans l'entérite chronique, exciter les fonctions de la peau par l'usage des bains simples et sulfureux, savonneux, salés, par des frictions sèches et aromatiques. Enfin les malades seront couverts de flanelle ; le ventre sera surtout préservé de l'impression du froid par une ceinture, et mieux encore par une peau de lièvre.

Les médicaments doivent varier suivant les cas. Lorsque les coliques sont encore vives et continues, il convient de faire une ou plusieurs applications de ventouses et de sangsues sur le ventre. Cette partie sera recouverte de cataplasmes émollients, et on donnera à l'intérieur les boissons mucilagineuses, la décoction blanche de Sydenham, les lavements émollients, calmants, que nous avons conseillés dans la période aiguë. On y joindra l'emploi de l'opium, et mieux encore celui de la thériaque ou du diascordium, en raison des propriétés calmantes, et en même temps toniques et astringentes, de ces préparations. M. Trousseau a aussi beaucoup préconisé chez l'enfant comme chez l'adulte l'emploi du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 1 à 5 décigrammes chez le premier, et de 1 à 4 grammes chez le second. Lorsque la maladie se prolonge, et qu'il existe un état d'atonie générale, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour conseiller l'emploi des toniques et des astringents les plus puissants, tels que les décoctions de kina, de simarouba, de cachou, de ratanhia ; mais il faut être très prudent dans l'emploi de ces moyens, ne les donner d'abord qu'en tâtonnant, et en bien étudier les effets. Ce que nous disons des astringents et des toniques s'applique aux eaux minérales, naturelles ou factices, dont on retire souvent de bons effets. Les plus fréquemment avantageuses en pareil cas sont les eaux ferrugineuses, alcalines, gazeuses ; les eaux sulfureuses le sont plus rarement. Enfin, il est des entérites qui, ayant résisté à tous ces moyens, sont enrayées ou modifiées par une forte révulsion sur la peau du ventre ; c'est ce qu'on obtient par un vésicatoire ou un cautère, ou par l'emploi de la pommade d'Autenrieth.

Il est bien certain que beaucoup d'entérites résistent par suite de la difficulté qu'on éprouve à modifier les surfaces enflammées à l'aide de médicaments qui, obligés de traverser les parties saines, n'arrivent ensuite sur celles qui sont malades qu'après avoir subi plus ou moins d'altération : aussi le rectum est, sous ce rapport, placé dans des conditions plus favorables que le reste du tube intestinal, par la facilité qu'on a de porter directement sur lui les substances médicamenteuses. Lorsque celles que nous avons conseillées dans l'entérite chronique ordinaire échouent dans l'inflammation du rectum, on devra essayer de modifier profondément l'état des surfaces malades, en les mettant en contact avec une solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent (de 25 centigrammes à 1 gramme de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau). Cette médication est en général très efficace, et il suffit le plus ordinairement de deux cautérisations

pour triompher de la maladie. Dans ces derniers temps, M. Trousseau a même conseillé le nitrate d'argent en potion, à la dose de 1 centigramme dans 25 grammes d'eau distillée et édulcorée, à prendre par cuillerées dans les diarrhées chroniques des enfants à la mamelle; on le prescrit aussi en lavement; mais on n'est pas encore fixé sur la valeur de cette médication.

Les jeunes enfants atteints d'entérite chronique exigent quelques autres soins. S'ils sont à la mamelle, on s'assurera que le lait n'est pas trop abondant ni trop riche, on leur présentera le sein moins souvent, et on donnera dans l'intervalle des repas une potion opiacée. Si l'enfant est sevré depuis peu et si l'entérite résiste aux moyens rationnels qu'on emploie contre elle, il faut redonner une nourrice à l'enfant. La diète lactée convient, en effet, beaucoup dans les entérites chroniques du jeune âge; le lait de la femme doit toujours être préféré, même chez les enfants de trois à quatre ans. S'ils ne peuvent ou s'ils ne veulent plus prendre le sein, on leur donnera le lait par cuillerées ou dans un biberon. Ce moyen produit quelquefois de véritables résurrections. Le lait d'ânesse peut remplacer quelquefois le lait de femme. Si les circonstances ou l'état de fortune des parents ne permettent d'employer que le lait de vache ou de chèvre, il faudra le sucrer et quelquefois l'étendre d'un peu d'eau. Dans tous les cas, on ne doit donner le lait qu'en forme de repas réguliers, toutes les trois ou quatre heures. C'est surtout M. le docteur Donné qui, dans ces derniers temps, a fixé l'attention des praticiens sur l'utilité du lait comme substance alimentaire et médicamenteuse dans l'entérite du jeune âge.

DE LA DYSENTERIE.

SYNONYMIE. — Dyssenterie, colite, colite specifique; *tormina*; ténesme; *fluxus intestinorum cum ulcere*, etc.

La dysenterie est une maladie caractérisée par des coliques plus ou moins vives, par un besoin fréquent et souvent presque continuel d'aller à la selle, ainsi que par l'excrétion d'un mucus sanguinolent ou d'une sérosité rougeâtre, rendue en petite quantité à la fois.

Historique. — La dysenterie est une maladie dont la connaissance remonte à la plus haute antiquité; mais elle n'a été étudiée d'une manière un peu complète que par les observateurs du dernier siècle, spécialement par Pringle (1) et Zimmermann (2), ainsi que par plusieurs de nos contemporains, parmi lesquels se distinguent Pinel (3), MM. Chomel (4), Parmentier et Trousseau (5), Thomas (6), Guéretin (7), Gély (8), Masselot, Follet (9) et Cambay (10), etc.

(1) Maladies des armées. (2) *Traité de la dyssenterie.* (3) *Nosographie philosophique.* (4) *Dictionnaire de médecine*, article *Dyssenterie.* (5) *Archives de médecine*, t. XIII, p. 477. (6) *Id.*, seconde série, t. VII, p. 455. (7) *Id.* p. 51. (8) *Essai sur les altérations anatomiques qui constituent spécialement l'état dyssentérique.* (9) *Archives*, année 1843, t. I et II. (10) *De la dyssenterie et des maladies du foie*, Paris, 1847.

Divisions. — Les auteurs ont proposé une foule de divisions dans l'étude de la dysenterie; mais nous croyons qu'on ne doit conserver que les suivantes, savoir : la distinction des dysenteries en *bénigne* et en *grave*, en *fébrile* et en *apyrétique*, en *sporadique* et en *épidémique;* enfin, en *aiguë* et en *chronique.* Ces divisions sont importantes, sous le rapport du pronostic et du traitement.

Anatomie pathologique. — Chez les sujets qui succombent à la dysenterie aiguë, on trouve la membrane muqueuse du colon, du rectum, et souvent aussi celle de la fin de l'intestin grêle, rouge, boursouflée, épaissie et friable; les follicules du colon sont augmentés de volume, leur orifice agrandi est marqué par un point noir; enfin, les parois intestinales sont plus ou moins œdématiées, et leur épaississement, qui est surtout formé aux dépens du tissu cellulaire sous-muqueux et de la tunique musculeuse, est porté à 12 ou 15 millimètres. Ces altérations sont souvent les seules qu'on rencontre dans la dysenterie aiguë de ces climats, surtout dans celle qui est sporadique, ou qui ne date encore que de cinq ou six jours. Plus tard, cependant, spécialement pendant le règne d'une épidémie, on constate des ulcérations plus ou moins nombreuses de la membrane muqueuse du colon. Cette altération, regardée comme constante par les uns (Cœlius Aurelianus), comme rare par d'autres (Sydenham, Willis, Pringle, Stoll), niée même par quelques uns, a été parfaitement étudiée dans ces derniers temps par le docteur Thomas. L'habile médecin de Tours, à l'exemple de Cœlius Aurelianus, a regardé les ulcérations comme constituant le caractère anatomique essentiel de la dysenterie. Cette assertion a été confirmée depuis par les recherches de plusieurs observateurs, et notamment par celles de M. Cambay, qui a toujours trouvé des ulcérations sur deux cents cadavres de dysentériques qu'il a ouverts en Algérie. Suivant M. Thomas, les ulcérations siégeraient sur les follicules, elles seraient visibles dès le huitième jour, et formeraient à cette époque de petites solutions de continuité, qui, se réunissant bientôt entre elles, finissent par constituer des ulcérations irrégulières, à bords taillés à pic, intéressant toute la muqueuse, et dont le fond, formé par le tissu cellulaire ou la membrane musculaire, est souvent tapissé par une pellicule blanchâtre, qui n'est autre qu'une fausse membrane qu'on détache aisément. On ne confondra pas celle-ci avec une escarre. Elle se forme parfois primitivement sur la membrane muqueuse, qui n'offre alors d'autre lésion qu'une injection plus ou moins vive. Tantôt il n'existe que quelques ulcérations; d'autres fois celles-ci sont très nombreuses : elles peuvent même être tellement rapprochées, que le colon et le rectum en sont comme criblés. Quelques unes ont plus de 8 à 9 millimètres de diamètre; arrondies ou de forme irrégulière, leurs bords grisâtres semblent avoir été taillés comme par un emporte-pièce. L'ulcération s'étend rarement au-delà de la muqueuse : cependant il n'est pas très rare de trouver une ou deux des tuniques intestinales successivement détruites; on a même vu plusieurs fois le travail ulcératif envahir jusqu'à la tunique séreuse, et si une perforation a eu lieu pendant la vie, on constate un épanchement de matières stercorales

dans le ventre, et les lésions caractéristiques d'une péritonite suraiguë. La gangrène est une affection extrêmement rare.

Les altérations que je viens d'étudier sont à peu près celles que MM. Trousseau et Parmentier avaient trouvées, en 1826, dans l'épidémie d'Indre-et-Loire. Ce sont les mêmes que MM. Masselot et Follet ont rencontrées dans l'épidémie qui a sévi en 1842 sur la garnison de Versailles. Enfin, elles ne diffèrent pas sensiblement de celles qu'a si bien décrites, en 1838, M. le docteur Gély, de Nantes. Ce médecin distingué a admis quatre formes anatomiques principales dans la dysenterie : 1° l'hypertrophie mamelonnée (épaississement de la muqueuse avec engorgement des follicules) ; 2° les ulcérations des follicules; 3° les fausses membranes, moins fréquentes que les ulcérations ; 4° l'amincissement et le ramollissement de la muqueuse, moins fréquents que l'hypertrophie, s'accompagnant souvent de pseudo-membranes et d'ulcérations très superficielles, qu'on ne peut bien voir qu'à contre-jour. Les ulcérations, qui peuvent manquer dans la dysenterie sporadique et dans celle qui est bénigne, sont au contraire constantes dans la dysenterie chronique. Dans cette forme la surface des ulcérations est souvent fongueuse et saignante, les parois intestinales sont épaissies, souvent elles sont dures et d'un aspect comme squirrheux, à cause de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux.

Les lésions que nous venons d'énumérer sont presque toujours bornées au gros intestin; elles peuvent également occuper les derniers pieds de l'intestin grêle : mais la chose est assez rare, et il est surtout peu commun d'y rencontrer des ulcérations.

Chez les sujets morts de dysenterie du 8 au 20e jour, on trouve ordinairement les ganglions mésentériques volumineux, rouges, friables, et même suppurés. Au-delà de cette époque, ils sont affaissés et ils ont pris une couleur noirâtre ou ardoisée.

Indépendamment des lésions que nous venons de faire connaître, les auteurs parlent de diverses altérations qu'on rencontrerait souvent chez les dysentériques du côté de l'œsophage, des voies biliaires et urinaires; mais ce sont là des complications, nous en parlerons ailleurs.

Symptômes. — 1° *Dysenterie bénigne.* La dysenterie débute souvent sans prodromes; d'autres fois elle est précédée, pendant quelques heures, pendant un ou plusieurs jours, de malaise, de courbature, de dérangement dans les fonctions digestives, de frissons, d'une grande faiblesse dans le dos (Zimmermann). Bientôt des douleurs abdominales se font sentir; elles existent presque toujours vers l'*S* iliaque et remontent ensuite le long des autres parties du colon, ou bien, générales et mobiles, elles se concentrent vers la fosse iliaque gauche et le rectum ; la pression les exaspère généralement, mais non pas toujours. Tous les malades éprouvent un sentiment particulier de pesanteur vers le périnée; ils ont la sensation d'un corps étranger situé dans la dernière partie du rectum ; ils font des efforts pénibles, douloureux de défécation sans que rien soit expulsé : on dit alors qu'il existe des *épreintes* ou de *faux besoins*. Cependant, de temps en temps, les malades expulsent une petite quantité de matières intestinales

qui, en franchissant l'anus, y produisent un sentiment de cuisson ou de brûlure intolérable. Ce sont d'abord des matières stercorales ordinaires, solides et liquides; mais bientôt il n'y a plus que des mucosités épaisses, blanchâtres, sanguinolentes et floconneuses. Elles sont mêlées parfois à de petites concrétions blanchâtres ou grisâtres, qui sont formées quelquefois par des débris de la membrane muqueuse, mais qui ne sont autres, le plus souvent, que ces fausses membranes que nous avons signalées à la surface des ulcérations, et quelquefois sur la muqueuse non encore entamée: aussi est-il rare de rencontrer ces productions dans les selles avant le neuvième ou le dixième jour; M. Thomas en a pourtant vu dès le quatrième. Les matières intestinales, inodores, d'une odeur fade ou du moins peu fétides, sont toujours rendues en très petite quantité à la fois. Le nombre des selles est plus ou moins considérable; il est rarement moindre de douze dans les vingt-quatre heures, et il s'élève souvent à trente, quarante, et même davantage. Dans ces cas, la peau de l'anus est rouge; il y a souvent procidence du rectum, surtout chez les enfants et les sujets débiles. Chez beaucoup de malades, une partie des organes génito-urinaires participe aux souffrances de l'intestin. C'est ainsi qu'il existe souvent chez eux un ténesme vésical, caractérisé par le besoin continuel d'uriner et par des efforts de miction, sans qu'aucune goutte de liquide soit expulsée; quelques uns cependant rendent après beaucoup de peine quelques mucosités blanchâtres, exhalées dans la vessie et plus souvent dans l'urètre; chez les femmes on observe fréquemment un peu de leucorrhée. Cependant, quelque bénigne que soit la dysenterie, elle s'accompagne toujours d'un état de malaise et de faiblesse qui ne s'explique souvent ni par l'intensité des douleurs ni par le nombre ou par l'abondance des selles. La face est ordinairement pâle, abattue; elle exprime la souffrance; mais les traits se crispent et l'agitation devient grande pendant le ténesme ou lorsque les excrétions ont lieu. Quelque bénigne que soit la dysenterie, l'appétit est toujours aboli ou du moins considérablement diminué; la bouche est souvent empâtée ou amère; il y a de la soif et parfois quelques vomiturions. Au milieu de ces troubles le pouls reste souvent calme; mais le plus ordinairement il est accéléré; la chaleur de la peau augmente; celle-ci est vive et sèche. Tels sont les symptômes caractérisant la dysenterie bénigne. Après avoir persisté avec quelque intensité pendant un ou plusieurs jours, on voit bientôt les coliques et le ténesme diminuer; les selles, d'abord moins fréquentes, cessent ensuite d'être muqueuses, elles deviennent peu à peu stercorales; souvent un peu de diarrhée succède à la dysenterie; enfin, après une durée qui varie entre quatre et huit jours, les fonctions se rétablissent dans leur état d'intégrité, et il ne reste de tous ces troubles qu'un certain degré de faiblesse.

2° *Symptômes, marche et terminaisons des dysenteries graves.*— Lorsque la dysenterie règne épidémiquement, surtout si c'est dans un pays chaud ou bien lorsqu'elle sévit dans les prisons, à bord des vaisseaux, dans les camps ou dans une ville assiégée, elle se révèle par des symptômes généraux et locaux bien autrement graves. Ainsi les douleurs abdominales

sont souvent atroces, les épreintes sont plus pénibles, presque incessantes, le nombre des selles est plus considérable que tantôt ; ainsi Zimmermann a vu des malades en avoir plus de deux cents dans l'espace de quelques heures seulement. Les matières sont de même nature que précédemment, mais elles sont plus souvent rougeâtres; quelquefois elles sont brunes, noires, puriformes, semblables à du sperme, à du frai de grenouilles; souvent elles sont séreuses ; enfin, à une époque plus éloignée, elles sont comparables à de la lavure de chair, et, dans tous les cas, elles exhalent une horrible fétidité. Les selles qui ont contenu quelquefois à une époque moins avancée des pellicules diphtéritiques, des pseudo-membranes, présentent quelquefois à cette période des lambeaux fournis par l'intestin lui-même. Ce fait, reconnu dans l'antiquité par Celse et par Arétée, nié depuis par la plupart des observateurs, a été mis hors de doute par Annesley, et surtout par plusieurs de nos médecins militaires. Ainsi MM. Catteloup et Cambay ont vu plusieurs fois en Algérie des dysentériques rendre par l'anus de larges lambeaux ou des espèces de cylindres formés par la muqueuse intestinale et par une partie de la tunique musculeuse elle-même. Nous croyons, avec les deux médecins distingués que nous venons de citer, que dans ces cas les tuniques ont été décollées par un de ces phlegmons sous-muqueux qu'on rencontre quelquefois dans la dysenterie des pays chauds. Pour terminer ce qui a trait au caractère des évacuations alvines, disons qu'il y a des malades qui, de temps en temps, rendent par les selles du sang pur, quelquefois en quantité considérable. Il en est aussi qui, à une époque éloignée du début, expulsent encore des matières fécales solides, arrondies, retenues probablement jusqu'alors dans les bosselures du gros intestin. Les symptômes généraux sont en rapport avec cet état local : la physionomie est altérée, l'abattement est extrême, la soif inextinguible ; mais les boissons ne peuvent être ingérées sans provoquer presque à l'instant le besoin d'aller à la selle ; la respiration est accélérée ; il existe une réaction fébrile considérable ; la chaleur de la peau est sèche et âcre ; le pouls est tantôt fort, ample, développé, d'autres fois il est petit et concentré ; la sécrétion urinaire est presque suspendue.

La manifestation ou la prédominance de certains accidents imprime souvent à la maladie une physionomie spéciale, et justifie les variétés que les auteurs ont admises. C'est ainsi que quelquefois il existe un délire plus ou moins violent, des soubresauts des tendons, un tremblement général, et cet ensemble symptomatique qui caractérise l'*état ataxique*. Plus souvent on voit les malades tomber dans la prostration : la langue se dessèche et brunit, les dents s'encroûtent de fuliginosités, le ventre est tendu, météorisé : c'est la dysenterie *adynamique*, qui, comme la forme précédente, est tantôt primitive et tantôt consécutive à une réaction vive, avec un pouls fort, développé, avec turgescence de la face, c'est-à-dire avec l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre inflammatoire (*dysenterie inflammatoire*). La dysenterie adynamique est celle qu'on observe le plus communément dans les camps et les prisons, et qui complique très souvent le typhus. Enfin, au lieu des symptômes précédents, il peut

exister une langue jaunâtre, avec amertume de la bouche, des envies continuelles de vomir, des vomissements verdâtres et qui soulagent : c'est la dysenterie *bilieuse* de Stoll.

Il est nécessaire de prévenir le lecteur que dans les dysenteries graves, lorsque les tuniques intestinales ont été détruites, il existe ordinairement une douleur sourde et fixe dans un point quelconque du gros intestin. Dans les Indes orientales, cette douleur se trouve plus communément dans la région cœcale droite; tandis qu'en Algérie, c'est dans la fosse iliaque gauche qu'elle se fait le plus ordinairement sentir, d'après M. Cambay; aussi, en Afrique, les lésions sont-elles plus profondes dans le rectum et dans l'S iliaque que partout ailleurs. Cette douleur sourde, violente, ne se révélant que par la pression ou lorsque le malade va à la selle, peut s'exaspérer et s'étendre à tout l'abdomen; cela dépend le plus souvent de ce que la phlegmasie s'est propagée au péritoine circonvoisin, et a produit une péritonite qui peut être partielle, mais qui parfois devient générale, indépendamment de toute perforation de l'intestin.

Quelle que soit sa forme, lorsque la dysenterie doit se terminer d'une manière funeste, la face s'altère de plus en plus, le pouls devient petit, irrégulier, le ventre se météorise, les selles et le ténesme redoublent; parfois, au contraire, ces derniers symptômes diminuent; les malades sont tourmentés par un hoquet continuel; toutes les évacuations exhalent une odeur fétide; l'amaigrissement fait des progrès continuels; enfin la mort survient, tantôt par suite de l'aggravation des symptômes et par la marche naturelle de la maladie, tantôt par un accident imprévu, comme une hémorrhagie intestinale, ou bien par une péritonite sur-aiguë, consécutive à une perforation des intestins. Une amélioration progressive se remarque au contraire dans les symptômes, lorsque la maladie doit avoir une heureuse issue. Dans ces cas, on a vu plusieurs fois les malades être atteints de paralysies partielles, à la langue par exemple, mais plus particulièrement aux membres supérieurs ou inférieurs. Ces accidents, d'ailleurs fort rares, peuvent être également observés dans la période aiguë de la maladie.

Parmi les complications qui peuvent survenir, une des plus graves et des plus fréquentes est sans contredit l'hépatite. Elle a été souvent observée par Annesley dans l'Inde, et nos médecins militaires l'ont également signalée en Algérie. Ainsi, M. Cambay estime que la complication d'hépatite se rencontre dans l'Afrique française dans un vingtième des cas de dysenterie. M. Catteloup avance même que dans cette contrée, on trouve peu de dysenteries sans quelques phénomènes morbides du côté du foie. M. Cambay a consacré un chapitre important de son livre à la dysenterie avec complication hépatique. Pour ce médecin distingué, la maladie du foie surviendrait de trois manières différentes : tantôt la dysenterie existe primitivement, et donne naissance à l'affection du foie ou en est suivie; ou bien c'est celle-ci qui préexiste, et c'est au contraire la dysenterie qui arrive comme complication; parfois enfin ces deux maladies naissent simultanément, et il n'est pas possible de reconnaître laquelle des deux a précédé l'autre. (Voir plus bas l'*Histoire de l'hépatite.*)

La cessation des symptômes est tantôt définitive, tantôt elle est momentanée. La dysenterie est en effet une des maladies dans lesquelles les rechutes sont le plus fréquentes. Elles ont lieu parfois spontanément; le plus souvent, c'est à la suite d'écarts de régime. Quelquefois le retour de la maladie se fait régulièrement, suivant un des types des fièvres intermittentes, surtout sous le type tierce. La dysenterie peut être en effet l'accident prédominant d'une des formes de la fièvre pernicieuse.

Après les dysenteries graves, la convalescence est lente, pénible; les forces se réparent d'autant plus lentement, qu'on est obligé de modérer les malades sur le régime en raison de l'imminence des rechutes.

Dysenterie chronique. — Assez souvent, surtout dans les temps d'épidémie, la dysenterie passe à l'état chronique; c'est ce qui a lieu du vingt-cinquième au trentième jour. On observe alors des douleurs et du ténesme comme dans la forme aiguë; les matières excrétées, moins souvent sanguinolentes, ont un aspect purulent, elles sont très fétides; le ventre est tantôt tendu et météorisé, et tantôt, au contraire, il est rétracté; l'appétit est nul ou bien il est vif, vorace, ou bien irrégulier et déréglé. Les écarts de régime que la plupart des malades commettent sont une des causes principales qui perpétuent la maladie. La dysenterie chronique suit rarement une marche uniforme, mais elle offre des alternatives d'exacerbation et de rémission : cependant bientôt l'amaigrissement fait de continuels progrès, les sujets s'infiltrent, et la mort survient dans le marasme, sans que les facultés intellectuelles aient subi souvent la moindre atteinte. On peut observer dans la dysenterie chronique les mêmes complications hépatiques que dans la forme aiguë de l'affection.

Durée. — La dysenterie a une durée plus ou moins longue; si elle est bénigne, elle se termine communément en quatre ou huit jours. Dans la forme grave, cette durée varie de un à trois septénaires. La mort arrive rarement avant le huitième ou neuvième jour : cependant, dans quelques épidémies, beaucoup de malades succombent dès le troisième. C'est ce qu'on voit surtout dans les régions intertropicales, où la dysenterie a communément plus d'intensité et une marche beaucoup plus rapide. La dysenterie chronique a une durée indéterminée : elle peut être de quelques mois seulement, ou se prolonger pendant plusieurs années, si toutefois elle n'est pas très intense.

Diagnostic. — Le diagnostic de la dysenterie est presque toujours facile : les douleurs, le ténesme, l'excrétion laborieuse d'un mucus sanguinolent, forment une réunion de symptômes qu'on ne rencontre guère que dans cette affection. On peut néanmoins les observer à un certain degré dans le cancer du rectum et dans les hémorrhoïdes internes ulcérées. Cependant nous verrons qu'entre ces maladies et la dysenterie, il existe tant de dissemblances, qu'il est vraiment impossible de les confondre entre elles. Nous en dirons autant de la colique de cuivre et du choléra-morbus. Enfin, dans les différentes espèces d'entérites que nous avons étudiées, on n'observe pas les mêmes évacuations; dans ces affections, celles-ci sont jaunes ou vertes, et rendues en grande quantité et sans ténesme,

tandis que les matières dysentériques, toujours peu abondantes, sont muqueuses, séreuses, puriformes, plus ou moins mêlées de sang.

Pour établir le diagnostic des lésions, celui de leur nature et de leur siége, il faut s'éclairer surtout de l'examen des déjections. Annesley a établi en effet que lorsque les ulcérations se forment, les selles, qui auparavant étaient gluantes, gélatineuses et striées de sang, deviennent séreuses, boueuses, et contiennent des grumeaux. Le sang excrété est plus noir, souvent même ce n'est qu'une sanie ichoreuse avec des stries d'apparence puriforme. Du sang rendu pur et distinct du reste de la selle, indique presque toujours qu'une large ulcération existe à la partie inférieure du gros intestin.

Pronostic. — La dysenterie simple, sporadique, surtout apyrétique, a presque toujours une heureuse issue ; il n'en est plus de même de celle qui est épidémique, surtout lorsqu'elle sévit sur de grandes réunions d'hommes, ou de celle qui règne dans les climats très chauds. Ainsi, Desgenettes a vu en Égypte la dysenterie emporter plus de soldats que ne faisait la peste ; et M. Cambay établit que, dans une partie de l'Algérie, la dysenterie occasionne plus souvent la mort que ne le font les amputations de jambe ou de bras, puisqu'elle emporte, d'après lui, le quart des soldats qui en sont atteints. La décomposition des traits, la prostration, la petitesse du pouls, le hoquet, des déjections fétides, noires ou puriformes, l'expulsion des membranes de l'intestin, sont des symptômes qui indiquent un grand danger. La dysenterie chronique est également fort grave lorsqu'elle règne dans les camps et les prisons, puisqu'on évalue que sa mortalité est de 80 pour cent. La coïncidence du rhumatisme et de la dysenterie serait aussi, d'après M. Thomas, une circonstance très fâcheuse.

Étiologie. — La dysenterie est commune à tous les âges ; elle est peut-être plus fréquente chez l'adulte et le vieillard ; elle atteint aussi plus souvent les hommes ; mais on ignore encore l'influence que les diverses constitutions exercent sur sa production. La dysenterie sévit dans toutes les saisons et dans tous les pays du globe. Néanmoins, c'est pendant l'automne ou à la fin de l'été, c'est dans les pays intertropicaux, qu'elle est la plus commune ; elle y est tout à fait endémique, et elle enlève plus d'habitants qu'aucune autre maladie de ces contrées. Elle règne surtout là où existent de brusques variations de température. Dans ces pays, elle sévit spécialement chez les étrangers non encore acclimatés, tandis que les indigènes y sont moins sujets. La dysenterie est encore commune dans les lieux où règne une chaleur humide, comme dans une grande partie de l'Amérique, et dans la plupart des pays marécageux pendant la saison chaude ; la fièvre intermittente et la dysenterie sont produites alors par les mêmes miasmes. Un grand nombre de dysenteries épidémiques ou sporadiques sont produites par l'usage d'aliments de mauvaise qualité, tels que des farines avariées, des légumes indigestes, des fruits verts, acerbes, tandis que les fruits mûrs, pris même immodérément, n'ont pas cet inconvénient. La chair du porc, l'ingestion d'une eau croupie, de vin de mauvaise qualité, l'abus des drastiques, l'inspiration de vapeurs

putrides, telles que celles que produisent les substances animales en décomposition, ont souvent déterminé des dysenteries fort graves. Enfin, l'impression du froid, la fatigue, les marches excessives, les émotions morales, sont tout autant de causes qui peuvent produire la maladie. Mais, comme l'observe Zimmermann en parlant de l'épidémie de 1765 qu'il a si bien décrite, pour que les causes dont nous venons de parler agissent, il faut nécessairement qu'il existe déjà dans l'individu une prédisposition particulière. L'action de ces diverses influences s'exerçant souvent tout à la fois sur un grand nombre de personnes, explique pourquoi la dysenterie règne si souvent épidémiquement, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer alors un principe contagieux pour se rendre compte de la propagation rapide de l'affection. Cependant les auteurs les plus éminents, tels que Zimmermann, Pringle, Lind, Cullen, P. Franck, Pinel, Desgenettes, ont soutenu la doctrine de la contagion. La plupart ne regardent pourtant pas la dysenterie comme étant essentiellement contagieuse, mais comme le devenant dans certaines conditions : ainsi elle le serait toutes les fois qu'elle règne épidémiquement, et lorsqu'un grand nombre d'individus sont entassés dans des lieux insalubres. Il nous semble difficile qu'on puisse contester absolument la possibilité de la contagion de la dysenterie en présence surtout des grandes autorités qui l'ont soutenue; mais nous dirons que ce mode de transmission est un fait exceptionnel, car on ne l'observe presque jamais lorsque la maladie règne sporadiquement; mais elle a probablement lieu dans certaines épidémies graves. On lit à ce sujet, dans Pringle et Zimmermann, des observations dont il est impossible de contester la valeur. Au contraire, les faits que M. Gendron a réunis dans son travail sur les épidémies des petites localités, pour prouver la contagion de la dysenterie sporadique, sont moins concluants. Parmi les contagionistes, il en est peu qui admettent que la contagion puisse avoir lieu par les sueurs, par le simple contact, ou par l'haleine; tandis que tous s'accordent à regarder les miasmes qui s'exhalent des matières alvines comme étant la cause principale ou unique de la transmission de la maladie. Comme beaucoup d'autres affections contagieuses, la dysenterie peut se montrer un grand nombre de fois chez la même personne : on peut établir, avec M. Cambay, qu'un individu est d'autant plus apte à la contracter, que déjà il en a subi un plus grand nombre de fois les atteintes.

Traitement. — Lorsque la dysenterie sévit, il faut se hâter d'éloigner les causes qui ont déterminé ou favorisé son développement; c'est ainsi qu'on détruira tous les foyers d'infection, qu'on disséminera les malades le plus possible, qu'on les préservera des variations atmosphériques, et qu'on s'opposera par le lavage et la ventilation aux effets de la malpropreté et du non-renouvellement d'air. Le traitement médical devra ensuite varier suivant le caractère de la maladie. Lorsque la dysenterie est bénigne, on se bornera à prescrire le séjour dans une température douce, l'abstinence complète de toute alimentation, l'usage des boissons mucilagineuses, des bains, des demi-lavements et des cataplasmes émollients sur le ventre.

Le seul remède un peu actif qu'il convient d'employer alors est l'opium ; il est utile surtout dans les cas de dysenterie apyrétique; on l'administre en pilules, à la dose de 7 à 15 centigrammes d'extrait gommeux, ou bien en lavements, et alors on préfère le laudanum de Sydenham (10 gouttes, une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures). Pringle cependant est d'un avis contraire, et il établit qu'on ne doit jamais traiter aucun cas de dysenterie avec le laudanum avant que d'avoir parfaitement dégagé les premières voies par la méthode évacuante. On n'alimentera les malades que lorsque les coliques auront cessé et que les selles ne seront plus sanguinolentes; les malades s'astreindront à un régime sévère longtemps encore après leur guérison, à cause de la facilité avec laquelle la maladie récidive.

Lorsqu'il existe une vive réaction fébrile, lorsque surtout le pouls offre beaucoup de force et d'ampleur et que le sujet est jeune, l'opium ne doit point être prescrit d'emblée, à moins pourtant que les douleurs ne soient trop vives; mais on aura recours préalablement à la saignée générale, et on appliquera aussi sur le ventre un grand nombre de sangsues. Lorsque les signes de réaction se sont calmés, on achève la guérison par l'opium, si aucune autre complication ne s'oppose d'ailleurs à son administration.

Dans le dernier siècle surtout, les évacuants (vomitifs et purgatifs) furent généralement employés dans le traitement de la dysenterie. On pense communément aujourd'hui que ces médicaments ne doivent être administrés que pour obéir à une indication précise, c'est-à-dire lorsqu'il existe des symptômes d'embarras gastrique. Cependant il est incontestable que, dans un grand nombre d'épidémies, les évacuants, administrés empiriquement, ont été très avantageux. Nous croyons, nous, que l'emploi des émétiques et des purgatifs dans le traitement de la dysenterie ne peut être subordonné à aucune règle fixe, et qu'il faut consulter avant tout le génie épidémique ou de la constitution régnante. Les évacuants ont surtout été préconisés dans la dysenterie des camps. Pringle avait coutume de donner, deux ou trois fois par jour, 25 centigrammes d'ipécacuanha, puis il administrait quelques laxatifs doux pendant trois ou quatre jours de suite. L'huile de ricin, le calomel et les sels alcalins devront être donnés de préférence; Cullen, partisan des purgatifs, choisissait en général l'émétique, qu'il donnait à petites doses, et à des intervalles capables de le déterminer à agir particulièrement par les selles. Quoi qu'il en soit, on s'abstiendra toujours des purgatifs violents.

Dans les dysenteries dites *malignes*, il faut tâcher d'obéir aux indications prédominantes. Ainsi il est des cas où les antiphlogistiques seront utiles; mais, dans cette forme de la maladie, il faut toujours en user avec prudence. Plus souvent la prostration des forces réclame l'emploi des toniques (vin, quina). Zimmermann croit aussi que l'ipéca, donné à doses réfractées dans ces conditions, a l'avantage de soutenir les forces. C'est encore dans le même but qu'on applique des vésicatoires. Enfin, le musc, le camphre, les bains et les affusions serviront à combattre les accidents nerveux ataxiques. Mais malheureusement les secours de l'art échouent le

plus souvent contre cette forme de la dysenterie. On a encore préconisé une foule d'autres remèdes plus ou moins actifs contre cette maladie ; mais il n'en est aucun dont l'usage puisse être justifié par des succès assez nombreux : aussi croyons-nous qu'il est prudent de s'en abstenir ; tels sont en particulier la noix vomique, l'acide nitreux, le tabac, l'acétate de plomb, les chlorures, le sulfate de quinine. Ce dernier médicament n'est indiqué que lorsque la dysenterie revêt les caractères de la fièvre pernicieuse ; dans ce cas, je l'ai vu aussi héroïque que dans les autres affections périodiques. Quelques médecins, notamment Segond, Mondière, MM. Saucerotte et Bradier, ont encore vanté de nos jours l'administration de l'albumine à l'intérieur, en tisane (2 blancs d'œufs dans eau sucrée 1 litre), en potion (1 ou 2 blancs d'œufs dans une eau distillée de laitue ou de tilleul), en lavement (même quantité). Ce médicament paraît avoir été parfois utile ; peut-être réussit-il à titre d'émollient. Enfin, dans ces derniers temps, MM. Boudin et Trousseau paraissent avoir employé quelquefois avec avantage dans la dysenterie les lavements au nitrate d'argent (5 centigrammes pour les enfants ; 50 centigrammes à 2 grammes pour les adultes). Donnés dans l'épidémie de Versailles de 1842, ces lavements ont sauvé, d'après MM. Masselot et Follet, plusieurs malades qui semblaient voués à une mort certaine ; de tous les remèdes, c'est celui qu'ils ont vu guérir les cas les plus désespérés. (*Archives de* 1843.)

Pour le traitement de la dysenterie chronique, on suivra les règles que nous avons tracées précédemment en parlant de l'entérite chronique. On pourra essayer contre elle les astringents ; mais il faut être très prudent dans leur emploi : car, donnés sans mesure par quelques médicastres du dernier siècle, ils ont été la source d'une foule d'accidents (Zimmermann). C'est surtout dans cette forme de la maladie que le changement de lieu est utile.

On voit des malades qui, quoique guéris de la dysenterie, continuent néanmoins à être tourmentés par du ténesme ; il faut alors chercher la cause de cet accident, qui peut dépendre d'une ulcération du rectum, ou de la présence de scybala dans cet intestin. Quelquefois pourtant il n'existe aucune altération matérielle ; il suffit alors d'administrer un doux laxatif pour triompher aussitôt de ce symptôme incommode, ainsi que je l'ai déjà constaté maintes fois.

Nature. — La dysenterie est certainement une inflammation ; mais si on réfléchit à la nature de ses symptômes, aux causes qui la font naître, et à la possibilité de la contagion, on sera porté à la classer, avec quelques auteurs, au nombre des phlegmasies spécifiques.

INFLAMMATION DES ANNEXES DES ORGANES DIGESTIFS.

DES PAROTIDES.

Dans le langage des pathologistes, le mot *parotide* sert à désigner un engorgement aigu inflammatoire de la glande parotide qui survient com-

munément dans la période d'accroissement ou vers le déclin de plusieurs maladies graves, comme la peste, le typhus d'Europe et d'Amérique, et dans quelques cas de fièvre typhoïde et de fièvres pernicieuses. On a distingué les parotides en *critiques* et en *acritiques*, suivant que leur apparition coïncidait avec une amélioration dans les symptômes principaux de la maladie, ou qu'au contraire elle était suivie d'une aggravation dans l'état général. Dans l'un et l'autre cas, la parotide constitue une affection essentiellement symptomatique. Il peut n'y avoir qu'une seule parotide; d'autres fois il s'en forme deux. Le gonflement est toujours considérable; il gagne toute la région parotidienne, une partie de la face et du cou; il est souvent assez considérable pour empêcher l'écartement des mâchoires, pour gêner la déglutition et la circulation cérébrale par suite de la compression exercée sur les vaisseaux du cou. La tumeur est plus dure que celle de l'oreillon; elle a quelquefois tous les caractères des tumeurs phlegmoneuses; d'autres fois la tuméfaction offre de l'empâtement, et la peau est violacée. Que les parotides soient critiques ou acritiques, elles se terminent rarement par résolution. Presque toujours, en effet, elles suppurent, et souvent aussi la gangrène s'y développe. La suppuration se fait jour presque toujours directement au dehors; quelquefois c'est par le conduit auditif; on a même vu le pus fuser le long du cou jusque dans la poitrine. Les différents modes de terminaison que je viens de faire connaître et les caractères de la tumeur indiquent quel doit être le traitement à opposer aux parotides.

Dans la parotide, les grains glanduleux sont réellement affectés; mais nous ne savons pas s'ils le sont primitivement ou consécutivement au tissu cellulaire.

DE L'HÉPATITE OU HÉPATITIS.

Le mot *hépatite* sert à désigner les inflammations aiguë et chronique du tissu du foie.

Historique. — Cette affection, vaguement indiquée avant Galien, un peu mieux connue depuis lui, et surtout depuis les travaux de Bianchi, de F. Hoffmann, de Van Swiéten et de Morgagni, a été l'objet de quelques recherches de la part des modernes, parmi lesquels il faut citer, en France, MM. Andral, Louis, Jourdan, Mérat et Bonnet; en Angleterre, on distingue les travaux de Saunders, de Twining, et surtout l'ouvrage d'Annesley.

Caractères anatomiques. — Il n'est peut-être aucun organe de l'économie dont l'inflammation soit aussi difficile à caractériser anatomiquement que celle du foie. La plupart des auteurs, surtout les modernes, ont eu le tort de vouloir trop souvent établir l'existence d'une inflammation d'après un ou deux caractères tout à fait insuffisants. C'est ainsi qu'on a parlé d'une congestion active pouvant être parfois assez intense pour produire des hémorrhagies interstitielles, ou une exhalation de sang dans le péritoine, et qui constituerait le premier degré de la phlegmasie. Le

foie, contenant alors plus de sang que de coutume, offre dans toute son étendue, ou dans un point plus ou moins circonscrit, une coloration d'un rouge plus ou moins foncé, uniforme ou finement ponctué, et s'accompagnant souvent d'une augmentation dans le volume de l'organe, ce qui s'explique par la grande quantité de sang que celui-ci renferme, plutôt que par une sorte d'hypertrophie ou d'excès de nutrition que son tissu aurait subi. Je suis loin de contester que l'inflammation puisse tout à fait à son début produire dans le foie les deux altérations que je viens de désigner; mais comme celles-ci se développent le plus fréquemment indépendamment de tout travail inflammatoire et sous l'influence seule d'un obstacle à la circulation; comme rien d'ailleurs ne peut faire distinguer l'une de l'autre la congestion mécanique de celle qui est vitale, il s'ensuit que l'injection du foie avec ou sans augmentation dans le volume de l'organe ne saurait jamais être regardée comme l'indice d'une hépatite commençante. Ce que je dis de la congestion s'applique aussi à certaines altérations de nutrition qu'on remarque souvent dans le tissu du foie. Celui-ci, en effet, est tantôt sec et friable, plus souvent il est ramolli; il se laisse aisément pénétrer par le doigt. Ces lésions existent isolément, ou bien elles coïncident avec l'injection du tissu; mais dans l'un comme dans l'autre cas, nous pensons, avec M. Louis, qu'on ne saurait considérer encore ces diverses altérations comme une preuve *certaine* d'hépatite, à moins qu'il n'existe en même temps une certaine quantité de pus, ou bien encore à moins qu'on n'ait observé pendant la vie tous les symptômes qui caractérisent une inflammation aiguë de l'organe. Ainsi donc la présence du pus dans le foie peut seule caractériser anatomiquement une hépatite. Ce liquide peut n'être qu'infiltré, mais le plus souvent il est réuni en un ou plusieurs foyers de forme et de dimensions variables. Dans le premier cas, on observe des plaques plus ou moins étendues, où le tissu du foie induré ou ramolli a pris une teinte blanchâtre ou jaunâtre due à la présence du pus. Ces noyaux sont souvent isolés, limités par une sorte de fausse membrane albumineuse qui forme la membrane interne du foyer dès que le noyau ramolli s'est transformé en une collection purulente. Ces abcès du foie sont, les uns superficiels, les autres profonds, occupant alors le centre de l'organe. L'un d'eux peut envahir tout un lobe (le droit surtout); on a même vu le foie, réduit à ses membranes d'enveloppe, être converti en une vaste poche purulente (Bontius). Le pus est presque toujours blanc, phlegmoneux; plus rarement il est verdâtre, ou bien il offre une coloration rouge lie de vin ou brune chocolat, à cause de son mélange avec du sang et avec le détritus de la substance du foie. Dans ce dernier cas, le liquide ressemble davantage à de la lavure de chair. Sa quantité varie beaucoup: elle n'est communément que de 50 à 60 grammes. Nous l'avons vue s'élever une fois à plus de 1,500 grammes, et on a même cité des cas où le foie contenait jusqu'à 4 ou même 5 kilogr. 1/2 de pus. Beaucoup de ces abcès, même lorsqu'ils sont très récents, sont enkystés; dans d'autres le pus baigne immédiatement le tissu du foie, qui est rouge, ramolli, friable; plus rarement celui-ci est intact autour de la collection purulente; il

semble alors être seulement refoulé, comprimé par le liquide épanché. La cavité des abcès est libre, ou bien elle est sillonnée par des cloisons incomplètes, par des détritus flottants, qui indiquent qu'il y a eu primitivement plusieurs petites collections purulentes qui se sont confondues en une seule. Les abcès du foie, s'ils occupent la superficie, peuvent contracter des adhérences avec les organes voisins; néanmoins cela n'a lieu qu'au bout d'un temps assez long, ce qui s'explique par la capsule fibreuse de Glisson, qui s'oppose pendant longtemps à ce que la phlegmasie se propage à la membrane péritonéale. Les anciens ont beaucoup parlé de la gangrène du foie; cependant cette lésion est excessivement rare : M. Andral n'en a vu qu'un seul exemple; dans le cas qu'il cite, l'escarre s'était formée autour d'un abcès.

Lorsque l'hépatite est partielle, la bile offre à peu près ses qualités normales; dans quelques cas, pourtant, elle est séreuse, jaunâtre, sanguinolente : cependant nous manquons encore sur ce point de renseignements précis. Les altérations consécutives des organes digestifs (injections, ramollissements) ne sont pas plus communes dans l'hépatite que dans le cours des autres affections aiguës et chroniques, du moins dans notre climat. Il n'en est pas de même dans les pays chauds, où il est commun de trouver chez les sujets qui succombent à un abcès hépatique des altérations nombreuses dans le gros intestin, produites par une dysenterie qui a précédé ou accompagné le développement de l'affection du foie.

Symptômes et marche. — Comme toutes les maladies aiguës, l'hépatite débute, tantôt brusquement, tantôt elle a quelques prodromes. Dans les pays chauds, elle est souvent précédée de dysenterie. Les symptômes qui la caractérisent sont, les uns locaux, les autres généraux. L'un des plus importants parmi les premiers est une douleur le plus souvent obtuse, quelquefois vive, lancinante, surtout si l'hépatite est superficielle. Cette douleur occupe tout l'hypochondre, ou bien elle est circonscrite à l'épigastre, vers le rebord des fausses côtes, ou sur un point quelconque de l'hypochondre droit. Elle s'irradie plus ou moins loin, spécialement en arrière, le long du rachis, et retentit parfois, mais exceptionnellement, jusque dans l'épaule droite ou le long du cou, ce qu'on explique par le nerf diaphragmatique, qui a quelques rapports avec le ligament coronaire du foie. Cette douleur est continue, exacerbante; la pression l'exaspère, surtout si l'hépatite occupe la convexité de l'organe; il en est de même de l'inspiration, de la toux, des mouvements du tronc. Ceux-ci sont en général difficiles, et il est beaucoup de malades qui, ne pouvant se tenir dans une position verticale, marchent en tenant leur tronc dans un état permanent de flexion; la plupart aussi, lorsqu'ils sont couchés, restent en supination ou un peu inclinés sur le côté droit. On constate bientôt que l'organe a acquis un volume plus considérable. Cette augmentation du foie n'est pas constante, comme on l'a dit; mais elle a lieu le plus souvent. Dans ces cas, l'hypochondre droit est dilaté, et la percussion ainsi que la palpation font reconnaître une augmentation plus ou moins grande dans le diamètre vertical de l'organe; on sent celui-ci dis-

tinctement à plusieurs travers de doigt du rebord des fausses côtes. Cependant il n'est pas très rare de voir des foies qui, quoique ayant acquis un volume considérable, ne font pourtant aucune saillie au-dessous du rebord costal. Dans ces cas, le développement de l'organe s'opère de bas en haut, aux dépens du côté droit de la poitrine, et c'est alors par la percussion seule, ou aidée de l'auscultation, qu'on détermine le degré de saillie qu'il forme dans cette cavité. D'ailleurs cette augmentation de volume peut être partielle ou générale; elle explique le sentiment de pesanteur que la plupart des malades éprouvent indépendamment de la douleur, sensation qu'ils rapportent au sternum, à l'épigastre et aux attaches du diaphragme. La sécrétion biliaire est très fréquemment modifiée ; ainsi on observe assez souvent des vomissements bilieux et une teinte ictérique générale ou bornée seulement aux sclérotiques. Toutes choses égales d'ailleurs, ces accidents sont plus communs dans les pays chauds que dans nos climats tempérés. Indépendamment de ces troubles, la langue est sale et blanchâtre ; il y a une saveur amère ; la soif est variable ; il y a des nausées, des hoquets, des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée; les matières alvines sont tantôt décolorées, tantôt elles sont fortement teintes par la bile ; dans quelques cas elles sont noirâtres et sanguinolentes ; l'urine, moins abondante, est d'une couleur plus foncée. Beaucoup de malades toussent ; ils se plaignent de dyspnée, d'oppression, accidents qui s'expliquent le plus ordinairement par le refoulement du diaphragme, par la compression du poumon et par la dilatation incomplète du côté droit du thorax dans son diamètre vertical. Au début, le pouls peut conserver sa fréquence ; mais presque toujours il s'accélère et acquiert de la force et de l'ampleur ; rarement on le trouve déprimé, irrégulier. La fièvre, plus ou moins intense, est continue ; elle se montre quelquefois sous forme d'accès, et peut simuler alors une fièvre intermittente ou rémittente. Enfin le système nerveux est lui-même plus ou moins influencé, comme le prouvent la céphalalgie, les courbatures, la perte des forces. Dans quelques cas même on observe du délire, de l'agitation, de l'insomnie et des symptômes adynamiques.

Telle est la physionomie générale de l'hépatite : cependant le siége de la maladie et quelques autres circonstances souvent difficiles à apprécier déterminent la manifestation ou la prédominance de quelques symptômes. C'est ainsi que, lorsque l'inflammation occupe la face convexe du foie, la douleur et les troubles respiratoires prédominent ; il y a plus souvent des hoquets, tandis que les symptômes gastriques sont peu marqués. Le contraire arrive dans l'hépatite de la concavité, qui est remarquable par la tension épigastrique, par la teinte ictérique, par les nausées et les vomissements. L'hépatite centrale, c'est-à-dire celle qui est bornée au centre d'un lobe, ne produit que des symptômes locaux peu marqués ou même nuls ; la maladie est alors véritablement latente, tandis que si la phlegmasie occupe la surface (*hépatite érysipélateuse des anciens*), elle se propage le plus souvent au feuillet correspondant du péritoine, et l'on observe alors tous les symptômes d'une péritonite circonscrite, symptômes tellement prédomi-

nants qu'ils peuvent masquer ceux qui appartiennent à l'hépatite elle-même. Enfin, dans les pays chauds, l'hépatite s'accompagne plus souvent que dans nos climats de symptômes ataxiques ou adynamiques, ce qui dépend peut-être de ce que dans les premiers la maladie se complique plus souvent que chez nous de dysenterie et d'autres lésions graves du côté des organes digestifs. Peut-être l'opinion émise par M. Bonnet, que l'hépatite aiguë ne saurait jamais s'élever à un haut degré d'intensité sans se propager au péritoine et à la muqueuse gastro-intestinale, n'est-elle aussi applicables qu'aux climats chauds. Ce point attend, pour être éclairci, de nouvelles observations.

Marche, durée. — Les circonstances précédentes influent non seulement sur la physionomie de la maladie, mais encore sur sa marche et sur sa durée ; c'est ainsi que, dans les climats chauds, l'hépatite suit une marche plus aiguë. On dit qu'il en est de même lorsque la maladie occupe la face concave de l'organe. Dans les cas ordinaires, l'hépatite ne dépasse pas trois semaines.

Terminaisons.—L'hépatite peut se terminer par résolution, ou être suivie de suppuration et de gangrène : parfois enfin elle passe à l'état chronique. La résolution s'opère communément du septième au quinzième jour. Elle commence par la diminution progressive de tous les symptômes. On a dit qu'elle était souvent marquée par quelques phénomènes critiques, tels que des épistaxis, des selles bilieuses, des urines ou des sueurs abondantes, et, d'après Sœmmerring, par un léger gonflement douloureux de la rate ; mais il n'y a encore à ce sujet rien de bien démontré. La guérison est presque toujours complète : néanmoins quelques malades conservent encore pendant longtemps un peu de gêne et de tiraillements lorsqu'ils veulent redresser le tronc ; cela dépend ordinairement de ce que des adhérences se sont établies entre les deux feuillets opposés du péritoine. La gangrène, comme nous l'avons déjà dit, est une terminaison fort rare ; on s'accorde généralement à regarder la prostration subite des forces, l'accélération et la petitesse du pouls comme devant annoncer un pareil accident ; la mort doit être alors presque inévitable, et survenir rapidement au milieu de tout l'appareil des symptômes adynamiques et ataxiques.

La suppuration paraît être une terminaison très fréquente de l'hépatite. Lorsque le pus se forme, la douleur diminue ou cesse, la fièvre tombe, les malades accusent une simple pesanteur dans l'hypochondre, qui est un peu tendu et empâté. Il y a souvent des frissons erratiques, quelques sueurs nocturnes et des redoublements fébriles irréguliers. L'ictère, ainsi que le note M. Haspel, ne se rencontre qu'exceptionnellement dans le cours des abcès hépatiques. Ce médecin pense, avec M. le professeur Cruveilhier, que cet accident, quand il survient, dépend moins de la maladie que de la compression des canaux biliaires par le fluide épanché. Quelques uns de ces malades se rétablissent incomplétement, c'est-à-dire que la fièvre cesse tout à fait, et que l'appétit renaît ; mais la faiblesse n'en persiste pas moins ; souvent même les malades continuent à maigrir ; on constate d'ailleurs dans ces cas que le foie est resté plus volumineux,

et quelquefois on reconnaît l'existence d'une tumeur fluctuante faisant saillie sous le rebord costal. Il n'est pas rare alors que les malades ne puissent se redresser ni se coucher horizontalement, probablement en raison des adhérences qui se sont formées.

Il n'est plus douteux que les abcès du foie puissent se terminer par résorption. MM. Casimir Broussais et Cambay ont cité des faits qui le prouvent; mais la chose est fort rare. Lorsque la vie se prolonge suffisamment, le pus finit presque toujours par se frayer lui-même une issue au dehors. On a dit que, lorsque des canaux biliaires un peu considérables siégeaient dans le voisinage de l'abcès, le pus pouvait finir par y pénétrer, et être alors évacué par l'intestin, suivant le même mécanisme que la bile (Saunders). Cependant, dans presque tous les cas, les abcès du foie se terminent par ouverture. Celle-ci peut s'opérer dans le péritoine, et provoquer alors une péritonite suraiguë et mortelle en quelques heures; mais, le plus ordinairement, l'abcès s'ouvre dans un organe voisin, après avoir préalablement contracté des adhérences avec lui. C'est ainsi qu'on voit les abcès du foie s'ouvrir dans l'estomac, dans la seconde courbure du duodénum, dans le colon transverse ou dans la partie supérieure du colon ascendant; ou bien, se portant vers la poitrine, ils s'épanchent dans le péricarde, dans la plèvre, et plus souvent encore ils se vident dans les bronches après l'ulcération des poumons. Situés près des veines cave et porte, ils peuvent aussi, ulcérant les parois de ces vaisseaux, s'ouvrir dans leur cavité; le pus alors, se mêlant au sang, produit des accidents d'infection très rapidement mortels; la mort paraît même avoir été, en pareil cas, parfois presque instantanée. Enfin, la suppuration peut se frayer une issue à travers la paroi de l'hypochondre droit, ou bien le pus, fusant plus loin, va former des abcès symptomatiques à l'ombilic, au pli de l'aine, dans le dos et jusque dans l'aisselle. Le point vers lequel le pus se dirige est surtout déterminé par le siége de l'abcès et par la disposition des parties voisines.

Les symptômes qui précèdent annoncent et accompagnent la rupture d'un abcès du foie, varient beaucoup suivant les points où celle-ci s'opère. Ainsi, l'abcès devenu superficiel contracte-t-il des adhérences avec la plèvre ou le péritoine, on constate souvent les signes d'une pleurésie ou d'une péritonite circonscrite; souvent aussi il existe des symptômes de compression du côté de l'organe avec lequel l'abcès contracte des adhérences. C'est ainsi qu'on observe des vomissements quand l'abcès appuie sur l'estomac; nous avons vu la compression du colon, produite par la cause dont je parle, déterminer tous les signes d'un iléus. Enfin, si le pus se porte vers les poumons, le son s'obscurcit, le bruit respiratoire diminue à la base du thorax, puis un râle crépitant est perçu; celui-ci devient de plus en plus gros et humide; il se rapproche de l'oreille; enfin, on constate un véritable gargouillement lorsque l'excavation qui s'est creusée dans le foie et dans le poumon communique avec les bronches (1).

(1) Voir mon *Traité de la pneumonie*, p. 355 et suiv.

La rupture de l'abcès dans un organe creux est, en général, brusque. Comme elle se fait communément par une ouverture large, ou qui, du moins, s'agrandit très vite, il s'ensuit qu'elle coïncide ordinairement avec l'affaissement de la tumeur, phénomène qu'on constate aisément toutes les fois que l'abcès fait saillie au dehors. Bientôt après surviennent des accidents variables suivant l'organe où le pus s'est épanché. Ce liquide est-il dans l'estomac, il est rejeté souvent par le vomissement; est-il versé dans l'intestin, il est évacué par les selles; enfin, s'est-il frayé une route à travers les poumons, il excite la toux et il est rejeté à flot par la bouche. Souvent alors, en auscultant les malades, on constate dans la région du foie les signes physiques d'une vaste excavation (gargouillement, souffle caverneux, amphorique, tintement métallique). Les malades éprouvent toujours, aussitôt après, un grand soulagement. Il en est chez lesquels la suppuration, après avoir persisté quelques jours, se tarit peu à peu, et bientôt la convalescence se déclare. Il est donc certain que les abcès du foie peuvent guérir; j'en ai vu un exemple; mais cela n'arrive probablement que dans la très minime partie des cas; rien, en effet, n'est plus rare en anatomie pathologique que l'existence de cicatrices du foie. M. Louis avoue n'en avoir jamais vu, et je crois avec lui qu'on ne saurait, à l'exemple de M. Mérat, regarder comme telles ces productions fibreuses, à forme stellaire, qui existent parfois à la surface de l'organe. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que dans la plupart des cas, surtout si l'abcès a une grande étendue, les accidents momentanément suspendus continuent à s'accroître, et que la mort survient rapidement au milieu des symptômes adynamiques ou ataxiques des résorptions purulentes, ou bien lentement et avec l'appareil symptomatique des fièvres hectiques (*phthisis hepatica* des anciens). Toutes choses égales d'ailleurs, il paraît, d'après les remarques d'Annesley, et plus récemment de M. Haspel, que la position que les abcès occupent influe beaucoup sur leur marche. Ainsi, en général, ceux qui sont profonds ont une marche insidieuse, lente, chronique, tandis que ceux qui sont superficiels se montrent sous une forme aiguë.

Complication. — L'hépatite qui règne dans les climats chauds est rarement une maladie simple; on dit que presque toujours elle s'y complique de gastro-duodénite, de dysenterie, de péritonite, de fièvre intermittente, plus rarement de pneumonie ou de pleurésie.

Diagnostic. — L'hépatite de la convexité a souvent été confondue avec la pneumonie; en effet, la douleur de côté, la toux, l'anxiété, la fièvre et l'ictère sont des accidents communs à l'une et à l'autre; ajoutons que, dans l'hépatite, le foie, en se développant vers la poitrine, peut produire de la matité et affaiblir ou même suspendre le murmure vésiculaire dans une certaine étendue. Mais, dans le cas de pneumonie, on constatera des crachats rouillés, de la crépitation et du souffle tubaire; de même l'existence du souffle, de l'égophonie et la possibilité de faire varier la matité et les symptômes d'auscultation communs à la pleurésie et à l'hépatite permettront de distinguer ces deux affections, indépendamment des lumières qui seront fournies par les autres symptômes et par l'état général. La

gastrite suraiguë diffère de l'hépatite par l'absence de l'ictère, par la vivacité de la douleur siégeant à l'épigastre, par l'intensité de la soif et le nombre des vomissements; ceux-ci sont excités surtout par l'ingestion des liquides. Dans la gastro-duodénite on dit qu'il existe souvent des troubles du côté de la sécrétion biliaire et notamment un ictère; mais le foie conserve son volume, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre à l'aide de la palpation et de la percussion. Nous verrons plus tard qu'il n'est pas possible de confondre l'hépatite avec les coliques hépatiques ou néphrétiques. Le diagnostic différentiel de l'hépatite d'avec les fièvres jaune, bilieuse et rémittente des pays chauds, n'offre aucune difficulté; nous renvoyons d'ailleurs à ce que nous avons dit précédemment aux pages 74 et 165. Les abcès du foie, par les symptômes locaux et généraux qui les précèdent, par leur marche et en raison de l'empâtement et de l'œdème qu'ils produisent, seront facilement distingués des tumeurs hydatiques ou de celles qui sont formées par la vésicule. (Voir les *Hydatides du foie.*)

Pronostic. — L'hépatite est une maladie toujours grave; elle est plus fâcheuse dans les pays chauds, surtout lorsqu'elle atteint les individus non encore acclimatés. Sa terminaison par suppuration doit aggraver le pronostic; l'ouverture de l'abcès à travers les parois abdominales est préférable à celle qui se fait dans un organe creux.

Étiologie. — L'hépatite est excessivement rare dans notre climat; elle est, au contraire, très commune dans les pays intertropicaux, sans qu'il soit possible de dire si elle dépend spécialement de la chaleur, des variations de température ou bien du mode d'alimentation. Nos chirurgiens d'armée ont de fréquentes occasions de l'observer en Afrique; suivant l'un d'eux, M. le docteur Haspel, les abcès du foie seraient aussi communs dans la province d'Oran qu'ils le sont dans les Indes; c'est ce qui résulte d'un travail excellent, inséré par ce médecin dans le cinquante-cinquième volume des *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.* Quoi qu'il en soit, l'hépatite, rare partout avant la puberté, atteint plus souvent les hommes: mais on ignore l'influence exercée par les tempéraments et la constitution. On a dit que les miasmes marécageux, que l'usage des eaux stagnantes, que l'abus des alcooliques et que les passions tristes pouvaient provoquer la maladie; mais il n'y a encore rien de certain à cet égard. Dans notre climat, l'hépatite est presque toujours traumatique, et dans les cas rares où elle est spontanée, elle est communément primitive. En quelque pays que ce soit, la maladie succède rarement à une phlegmasie gastro-intestinale, surtout à une duodénite; l'opinion contraire était professée par Broussais et par son école.

Traitement. — Le traitement de l'hépatite est essentiellement antiphlogistique; on se conduira ici d'après les règles ordinaires que nous avons exposées plus haut. Il est généralement utile de combiner les saignées générales aux saignées locales; celles-ci seront faites à l'hypochondre droit ou à l'anus; on prescrira l'usage de cataplasmes émollients, de bains prolongés, de boissons tempérantes. La liberté du ventre sera entretenue à l'aide de lavements, et mieux encore par l'administration de laxatifs doux. Lorsque

la médication antiphlogistique est épuisée, ou avant même qu'elle le soit tout à fait, on devra employer les préparations mercurielles; ainsi des frictions avec l'onguent napolitain seront faites sur l'hypochondre, et on administrera à l'intérieur le calomel à doses fractionnées (1, 2 ou 4 grammes dans les vingt-quatre heures). Lorsque du pus est formé, il faut essayer d'en provoquer la résorption ou tout au moins l'appeler vers la surface de la peau; dans ce but on applique des exutoires puissants (cautères et sétons) sur l'hypochondre, et on insistera sur les purgatifs, pourvu que l'état des organes digestifs le permette. L'abcès devenant superficiel, on n'en pratiquera l'ouverture qu'autant qu'il sera bien démontré qu'il adhère à la paroi abdominale antérieure; on aura cette conviction si la fluctuation est superficielle, voisine de la peau, si tout au moins on constate l'œdème du tissu cellulaire sus-jacent à la tumeur. Pour peu qu'on ait des doutes, on ne devra pas donner issue au pus par l'instrument tranchant, mais on pénétrera dans le foyer avec le caustique de Vienne, qu'on appliquera suivant les règles que nous exposerons en traitant, dans le second volume, des tumeurs hydatiques du foie. Dans tous les cas, il faut s'assurer par la percussion qu'aucun organe creux n'est interposé entre l'abcès et les parois. Morand a rapporté en effet l'exemple d'un abcès de la partie concave du foie tellement disposé, qu'il poussait l'estomac en dehors, de sorte que si on eût fait une incision pendant la vie, il aurait fallu traverser ce viscère avant d'arriver au foyer.

DE L'HÉPATITE CHRONIQUE.

Il est à peu près impossible, avec les documents que nous possédons actuellement, de tracer l'histoire de l'hépatite chronique, tant sous le rapport de l'anatomie pathologique que sous celui de la symptomalogie. Je vais exposer ici le peu que nous savons sur cette maladie, qui tantôt est primitive, et tantôt consécutive à l'état aigu.

Anatomie pathologique. — Pendant un certain temps, et sous l'empire de la doctrine physiologique, les médecins avaient compris indistinctement, sous le nom d'hépatite chronique, presque toutes les altérations de structure du foie, depuis l'injection, le ramollissement et l'induration, jusqu'à l'atrophie, à l'ulcération, à la dégénérescence graisseuse et aux productions cancéreuses. Cette confusion a cessé d'exister aujourd'hui; mais il est impossible, néanmoins, de préciser à quels caractères on reconnaîtra sur le cadavre l'hépatite chronique. Une congestion sanguine, quelque intense qu'elle soit, ne saurait suffire, quoique cette lésion puisse à elle seule entraîner le dépérissement et la mort. Il en est de même de la diminution de consistance de l'organe, qui est une lésion que nous avons déjà vue maintes fois survenir même à un haut degré, indépendamment d'un travail inflammatoire : j'en dirai presque autant de l'induration. Cependant, si la consistance du foie était devenue considérable, sans pourtant que le tissu eût cessé de conserver son organisation, s'il offrait en même temps une altération de couleur, si surtout il était vivement con-

gestionné, si son volume était augmenté, on pourrait peut-être rattacher ces lésions à un travail inflammatoire chronique. Mais on ne peut vraiment encore émettre à ce sujet que des conjectures. La suppuration, quand elle existe, est au contraire un signe certain de phlegmasie; elle peut survenir dans l'hépatite aiguë, comme dans l'hépatite chronique. Dans celle-ci, l'abcès est toujours enkysté, la membrane pyogénique est résistante, souvent composée de plusieurs feuillets, et entourée communément d'un tissu très induré, blanchâtre, grisâtre ou rouge.

Symptomatologie, marche et terminaison. — Les individus porteurs d'une des lésions qu'on attribue généralement à l'hépatite chronique éprouvent, pour la plupart, une douleur obtuse, gravative; la percussion et la palpation font presque toujours constater une augmentation plus ou moins considérable dans le volume du foie : celui-ci refoulant alors le poumon, on s'explique la dyspnée dont beaucoup de ces malades se plaignent. Les digestions sont presque constamment troublées; elles se font péniblement, s'accompagnent de douleurs et d'éructations; il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée; les matières fécales ont, en général, leur couleur; quelquefois elles sont grisâtres et peuvent de temps en temps contenir du sang. La peau est blanche, grisâtre ou d'un jaune ictérique, et cette dernière coloration est sujette à de grandes variations; elle manque plus souvent dans l'hépatite chronique que dans l'hépatite aiguë. M. Haspel, ainsi que je l'ai déjà appris, a signalé l'ictère comme étant un symptôme excessivement rare dans les abcès du foie. On a dit aussi que dans l'hépatite chronique la peau était le siége d'un prurit incommode. Les malades sont languissants; leur nutrition se fait mal; ils maigrissent, puis leur ventre se développe par suite d'un épanchement séreux qui se forme dans le péritoine. Lorsque la maladie est parvenue à ce degré, la plupart des individus succombent sans arriver néanmoins au degré de marasme qu'on rencontre dans beaucoup d'affections chroniques, notamment dans la phthisie. Quelques uns pourtant se rétablissent lentement, mais beaucoup restent sujets à de fréquents dérangements d'estomac; d'autres ont de temps en temps des flux sanguins par l'anus, et éprouvent quelquefois des récidives de leur mal, qui finit par les emporter. C'est ce que j'ai eu la douleur d'observer, il y a quelques années, sur un de mes meilleurs amis, que j'avais guéri, dix-huit mois auparavant, d'un abcès du foie.

Diagnostic. — L'hépatite chronique pourrait être confondue avec les diverses lésions organiques et avec les productions accidentelles du foie; mais, en traitant de chacune d'elles, nous rechercherons en quoi elles diffèrent de la maladie dont nous traitons.

Pronostic. — L'hépatite chronique est une maladie très grave.

Traitement. — Si le sujet est fort, s'il existe des douleurs vives et des signes de congestion, il sera utile de recourir de temps en temps à quelque émission sanguine locale, qu'on fera sur l'hypochondre ou à l'anus. On entretiendra la liberté du ventre avec des purgatifs salins. Si le foie est volumineux, on tâchera de résoudre l'engorgement par l'emploi de pommades et de topiques fondants et résolutifs, tels que les emplâtres de sa-

von, de Vigo, les pommades mercurielles et iodées. C'est dans le même but qu'on administre à l'intérieur le calomel à doses fractionnées, ne s'arrêtant que quand il excite la salivation. Les alcalins ont été également préconisés; tels sont le savon médicinal à l'intérieur, le bicarbonate de soude donné en boisson, en bains, en douches sur l'hypochondre. On soumettra aussi les malades à l'usage de quelques eaux minérales, telles que celles de Vichy, de Carlsbad, de Néris, de Pougues, de Bourbon-l'Archambault, etc. Dans les cas les plus rebelles, on appliquera sous le rebord costal un, deux ou trois cautères ou moxas. Enfin, si l'individu habite un climat chaud, il faut conseiller l'émigration : c'est ainsi que beaucoup de créoles de nos Antilles, atteints d'hépatite chronique rebelle, et avec ascite, se rétablissent en venant en Europe, ou en allant habiter sur le continent américain des pays moins chauds que ceux qu'ils quittent.

DE L'INFLAMMATION DES ORGANES DE L'EXCRÉTION DE LA BILE,

Spécialement de l'inflammation de la vésicule.

Les conduits hépatique, cystique et cholédoque, ainsi que la vésicule du fiel, peuvent s'enflammer isolément ou simultanément. Mais de toutes les parties dont la réunion forme les voies biliaires, la vésicule est celle qui s'enflamme le moins rarement. On a proposé de désigner cette inflammation par le nom de *cholécystite*.

Caractères anatomiques. — Lorsque l'inflammation occupe les conduits hépatique, cystique ou cholédoque, ces canaux semblent plus volumineux; leur membrane interne est rouge, gonflée, friable, opaque, quelquefois ulcérée; si l'ulcération atteint toutes les tuniques, une perforation a lieu. Dans l'inflammation de la vésicule, on trouve, en général, que cet organe est devenu plus ample; il est distendu par une bile altérée, mêlée ou non à des calculs; plus rarement on la trouve revenue sur elle-même et contenant du pus; sa membrane interne est rouge, épaissie ou amincie, friable, ulcérée, gangrenée. Ces diverses altérations envahissent presque toujours les autres tuniques : aussi trouve-t-on souvent les parois de la vésicule d'une épaisseur double ou triple, ou bien amincies et ayant la ténuité d'une toile d'araignée, d'autres fois parsemées d'escarres, ou bien perforées par suite d'un travail ulcératif qui a procédé de dedans en dehors. Cette participation de toutes les tuniques au travail inflammatoire se remarque surtout dans la cholécystite chronique. En général, alors, il y a exagération de l'état réticulé de la membrane muqueuse; les parois sont épaissies, et toutes les tuniques confondues en une masse homogène et comme fibreuse; l'organe, revenu sur lui-même, est atrophié. Il est probable que beaucoup d'oblitérations et d'atrophies de la vésicule et des conduits biliaires n'ont pas d'autre origine qu'une inflammation aiguë ou chronique. Cette oblitération a lieu tantôt par suite du gonflement des parties, d'autres fois par la cicatrisation d'une ulcération qui fait adhérer

entre elles les surfaces opposées. Les voies biliaires, lorsqu'elles sont le siége d'une phlegmasie aiguë ou chronique, contiennent presque toujours un plus ou moins grand nombre de calculs.

Symptômes, marche, terminaisons. — Il est impossible de tracer actuellement l'histoire symptomatique de l'inflammation des voies biliaires. Quoi qu'il en soit, voici les accidents qui ont été le plus souvent observés. Les malades ressentent une douleur très vive sous le rebord des fausses côtes, augmentant par la pression et gênant la respiration et les mouvements. Quelquefois on sent se dessiner à ce niveau une tumeur pyriforme; en même temps il y a des nausées, des vomissements, de la constipation et une teinte ictérique, surtout lorsqu'il existe un obstacle permanent au cours de la bile; enfin la fièvre est plus ou moins vive. La marche de la maladie est le plus souvent rapide; elle l'est surtout lorsque l'issue est funeste. Celle-ci est produite, tantôt par une péritonite suraiguë consécutive à la perforation de la vésicule; ou bien elle a lieu d'une manière brusque, et, dans ce cas, elle ne peut pas toujours être expliquée ni par les désordres anatomiques ni par l'intensité des douleurs éprouvées pendant la vie. Il existe dans la science au moins cinq ou six observations d'inflammation des voies biliaires ayant ainsi amené une mort subite. La terminaison peut être favorable, ou bien parce que l'inflammation se résout, ou bien parce que la vésicule, distendue par le pus, se vide à travers la paroi abdominale, ou par le colon et le jéjunum. Lorsque l'ouverture se fait à travers les téguments, il s'écoule le plus souvent avec le pus un peu de bile et presque toujours un nombre plus ou moins grand de calculs biliaires. La plaie peut se fermer et se rouvrir plusieurs fois; elle reste souvent fistuleuse, sans que la santé en soit notablement altérée. C'était probablement un abcès semblable qui, dans l'espace de neuf ans, donna à Thélésius cinq à six cents petits calculs. Un fait analogue est rapporté par M. Bonnet, de Bordeaux.

Diagnostic. — Dans l'état actuel de la science, on pourra quelquefois soupçonner une cholécystite; mais il est impossible de porter à ce sujet un diagnostic certain; c'est ainsi qu'il sera souvent impossible de dire si les symptômes qu'on observe dépendent d'une cholécystite plutôt que d'une péritonite locale ou d'une colite hépatique. Ce que je dis ici s'applique surtout à l'inflammation des conduits biliaires. D'ailleurs il est d'autant plus difficile de reconnaître ces affections que rarement elles sont primitives; dans presque tous les cas, en effet, elles coexistent avec des lésions graves du foie ou avec divers produits morbides, surtout avec des calculs. S'il s'est formé un abcès dans la vésicule, le diagnostic pourra offrir quelques doutes. On ne croira pas à un abcès du foie parce que, dans le premier cas, la tumeur est mieux circonscrite et qu'il n'y a pas d'induration à sa base; cette tumeur est située au-dessous des fausses côtes, sous le muscle droit; la fluctuation est générale, elle s'est formée rapidement et a été de suite superficielle, tandis que le contraire a lieu dans les cas d'abcès hépatique. Nous dirons ailleurs comment on parviendra à distinguer un abcès de la vésicule d'avec la distension simple de ce réservoir par la bile.

Causes. — La cholécystite, rarement spontanée, survient le plus souvent dans le cours de maladies graves ou bien lorsque la vésicule contient des corps étrangers, surtout des calculs; ceux-ci agissent tantôt par leurs inégalités, tantôt par leur migration d'un point dans un autre, ou bien parce qu'un coup ou une pression forte a été exercé sur l'hypochondre droit. Il peut se faire encore qu'un obstacle existant dans le canal cholédoque ou sur son trajet, la bile s'accumule dans la vésicule et l'enflamme en la distendant outre mesure. Il est possible enfin que l'inflammation soit quelquefois consécutive à la phlegmasie du duodénum; mais il n'existe encore à ce sujet que des données fournies par la théorie.

Pronostic. — Si on pouvait reconnaître une cholécystite, on devrait porter un pronostic très grave.

Traitement. — Le traitement sera essentiellement antiphlogistique; il sera le même que pour l'hépatite. Si la vésicule, très distendue, formait une saillie, on devrait se hâter de l'ouvrir avec le bistouri, pourvu qu'on fût bien certain qu'elle a contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Dans le cas contraire, on l'ouvrirait par le même procédé que les abcès et que les acéphalocystes du foie. (*Voir Hydatides du foie.*)

DE LA PANCRÉATITE.

La pancréatite paraît être une affection excessivement rare; il est à peu près impossible, en réunissant tous les faits connus, de pouvoir encore tracer l'histoire symptomatique et même anatomique de cette affection; toutefois voici ce qui résulte de l'étude des observations qui ont été réunies et analysées par MM. Bécourt (1), Mondière (2) et Raige-Delorme (3).

Dans la pancréatite aiguë, il y a, dit-on, de la fièvre, une douleur constante avec tension et parfois tumeur circonscrite au centre de la région épigastrique; les selles sont liquides, séreuses, et plus ou moins analogues à la salive; enfin, dans quelques cas, on dit avoir vu survenir un ictère. On a admis que la pancréatite pouvait se terminer par résolution, ou être suivie de suppuration, de gangrène ou d'induration. Lorsqu'il y a abcès, le pus peut s'épancher dans le ventre, ou se faire jour dans l'estomac ou l'intestin.

La pancréatite est une affection qui rarement est primitive; elle succède presque toujours à l'inflammation d'un organe voisin. Elle peut aussi, dit-on, être sympathique de l'inflammation des glandes salivaires, et dans ce cas on observerait une sorte de balancement entre la sécrétion pancréatique et celle de la salive: ainsi, lorsque la salive coule abondamment, les symptômes locaux de la pancréatite, notamment la diarrhée, diminueraient ou cesseraient, tandis que le contraire aurait lieu dans les cas où l'excitation des organes salivaires viendrait à diminuer. On a attribué dans beaucoup de cas la pancréatite à l'usage du mercure. Mais, nous le répé-

(1) Thèse de Strasbourg, année 1830. (2) *Archives de médecine*, année 1838. (3) *Dictionnaire de médecine*, t. XXIII, art. *Pancréas*.

tons, tout ce qui précède ne doit être considéré que comme de simples assertions; car on ne sait encore absolument rien de précis sur la pancréatite aiguë et sur la pancréatite chronique.

DE LA SPLÉNITE.

L'inflammation de la rate, ou la *splénite*, est une affection qui paraît être extrêmement rare, et dont nous ne connaissons encore que très imparfaitement les symptômes et les caractères anatomiques.

Anatomie pathologique. — La rate est le siége de diverses altérations dans le cours de plusieurs maladies, notamment dans les fièvres intermittentes et l'affection typhoïde. Nous avons vu que, dans ces pyrexies, elle augmentait beaucoup de volume, que sa couleur était plus foncée, et enfin que sa consistance était tellement diminuée qu'elle se réduisait en pulpe, en bouillie, à la moindre pression; mais, comme nous l'avons déjà établi, ces lésions si profondes semblent indépendantes de toute inflammation. Nous croyons que les seuls indices certains d'un travail phlegmasique sont la présence du pus ou l'infiltration du tissu de l'organe par une matière fibrino-albumineuse. Nous ne parlerons pas des cas dans lesquels les abcès de la rate, coïncidant avec des collections de même nature dans plusieurs viscères, sont symptomatiques d'une infection purulente du sang; car il ne doit être question ici que des abcès idiopathiques. Ceux-ci sont excessivement rares. Quand ils existent, l'organe est ordinairement augmenté de volume; lorsque la phlegmasie s'est propagée jusqu'au péritoine, il tient plus ou moins aux parties voisines par des adhérences récentes. Le pus phlegmoneux, homogène, ou bien sanieux et mêlé au détritus de la rate, est presque toujours réuni en un ou plusieurs foyers superficiels ou profonds, libres ou enkystés. Dans la plupart des cas, il n'existe que 10 à 30 grammes de pus; mais on a vu cette quantité s'élever plusieurs fois à plus de 5 ou 6 litres. Le foyer purulent est tantôt isolé, ou bien il communique par une ou plusieurs ouvertures avec l'estomac, avec l'intestin, la plèvre, le poumon, ou à la surface du corps, ou bien enfin avec le péritoine. Nous avons dit plus haut qu'au lieu de pus il se déposait souvent dans les aréoles de la rate enflammée une matière albumineuse, fibrineuse, concrète, assez consistante, qui infiltre le tissu presque uniformément, et qui plus souvent encore est disposée par plaques ou par zones. Dans les splénites partielles, nous avons vu ces concrétions établir la ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades.

Symptômes, marche et terminaison. — La splénite peut débuter brusquement ou après des prodromes. Elle est caractérisée par une douleur plus ou moins vive, presque toujours obtuse, dans l'hypochondre gauche, s'irradiant quelquefois vers l'épaule et la région mammaire correspondante. Le plus souvent la rate est augmentée de volume; c'est ce que l'on constate par l'inspection, qui dénote une ampliation de l'hypochondre gauche, par la palpation, qui fait reconnaître que cet organe dépasse ordinairement le rebord costal, mais surtout par la percussion, qui permet de le circon-

scrire. L'auscultation ne donne aucun résultat, si ce n'est dans le cas où l'inflammation ayant gagné le péritoine, et y ayant produit des fausses membranes, l'oreille appliquée à ce niveau y distingue un bruit de frottement comparable à celui que nous entendons dans la pleurésie. Lorsque l'organe a acquis un volume très considérable, il se forme quelquefois un peu d'épanchement ascitique, et même une infiltration séreuse des membres inférieurs, à cause de la gêne que la circulation veineuse éprouve. Il est encore quelques autres accidents qui résultent de la compression que la rate exerce sur les organes voisins : tels sont la dyspnée, la toux et les vomissements. Presque toujours, et pour peu que la phlegmasie soit intense, il existe une fièvre continue, offrant parfois des redoublements réguliers ; on dit même que quelquefois on a observé des accès fébriles franchement intermittents. En général, la splénite ne s'accompagne d'aucun accident grave, à moins qu'elle n'envahisse tout l'organe, et qu'elle ne s'y termine par suppuration ; cependant nous ne possédons encore à ce sujet aucune donnée certaine. Nous ne savons rien non plus sur la marche et la durée de la phlegmasie. Celle-ci se termine le plus ordinairement par résolution, souvent aussi par suppuration.

Les signes de la présence du pus dans la rate sont extrêmement obscurs, et il est rare, à moins que l'abcès ne devienne superficiel, qu'on ait à ce sujet aucune certitude. Les frissons, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, succédant à des accidents aigus, ne peuvent que faire présumer la présence du pus sans la caractériser. On ne sait pas si ce produit morbide, réuni en foyer dans la rate, peut y être résorbé ; presque toujours, de même que cela a lieu pour le foie, l'abcès se vide dans l'estomac, dans le colon, dans l'uretère gauche, dans le péritoine, dans la plèvre et les bronches; l'ouverture de l'abcès à travers les parois abdominales est un des modes de terminaison les plus rares. On a encore vu le pus fuser au loin, et s'échapper, par exemple, par un abcès de la vulve (Schlichting), ce qui est un fait peut-être unique dans les annales de la science. Il n'existe aucun exemple authentique de splénite suivie de gangrène. Quel que soit l'organe ou le point du corps vers lequel le pus se porte, l'évacuation de ce liquide soulage immédiatement, et peut être suivie d'une heureuse terminaison; mais le plus souvent les malades maigrissent, dépérissent et succombent au bout de quelques mois, au milieu des symptômes de la fièvre hectique : chez d'autres, la mort suit de près l'évacuation du pus, qui se fait au milieu des accidents les plus graves : tel est le cas, rapporté dans le 82e volume du *Journal de médecine*, d'un militaire qui, ayant eu dans l'espace de quatorze jours un vomissement abondant de sang et de pus, accompagné d'une syncope effrayante, succomba, et présenta à l'autopsie une rate presque détruite, convertie en une vaste poche purulente qui communiquait avec l'estomac par une ouverture large comme une pièce de 6 francs. Nous ne savons absolument rien sur la splénite chronique.

Diagnostic. — La douleur permanente et les symptômes aigus feront distinguer la splénite de l'hypertrophie simple de la rate ou des productions accidentelles qui se forment dans ce viscère. La douleur, la matité, qui

peut remonter assez haut dans la poitrine, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, enfin la dyspnée et la fièvre, pourraient faire confondre la splénite avec la pneumonie ou bien avec la pleurésie, Mais, indépendamment des signes d'auscultation qui, comme la crépitation, le souffle, la bronchophonie et l'œgophonie, manquent tout à fait dans la splénite, la percussion fera reconnaître en outre que la matité dépend de la rate, par la place qu'elle occupe, par sa circonscription, parce qu'elle est fixe et ne peut jamais être déplacée par les positions diverses qu'on imprime au tronc. Nous dirons plus tard en quoi la splénite diffère de la péritonite locale.

Il nous paraît à peu près impossible de confondre un abcès volumineux de la rate avec un épanchement ascitique : cependant l'histoire de l'Académie des sciences, pour l'année 1753, contient le fait unique d'un jeune homme de dix-huit ans, miné par une fièvre hectique, dont le ventre offrait le développement et la fluctuation qu'on observe dans l'ascite. Une double ponction donna issue à plus de 7 litres de pus. Le malade ayant expiré, on s'assura, à l'ouverture du corps, que la rate était tellement augmentée de volume, qu'elle s'étendait de l'épigastre au pubis, en recouvrant tous les viscères abdominaux ; elle avait environ 5 décimètres de long sur 3 à 4 de large ; elle était creusée d'une poche qui contenait encore 7 pintes de pus, et qui était tapissée d'une membrane solide. Cette pièce curieuse fut présentée à l'Académie des sciences. Dans un cas pareil, nous croyons qu'il serait facile d'établir le diagnostic différentiel par les commémoratifs aussi bien que par l'examen du malade. C'est ainsi que l'on apprendra que l'intumescence du ventre, au lieu de se faire de bas en haut, comme dans l'ascite, a, au contraire, commencé par l'hypochondre gauche, et s'est rapprochée successivement du pubis. Dans l'exploration, on reconnaîtra que la fluctuation est plus profonde et plus obscure que dans l'ascite; on ne peut déplacer le liquide, ni par conséquent la matité, en faisant varier les positions du malade. Le plus souvent, en palpant le ventre avec soin, on pourra reconnaître les limites de la tumeur à un rebord plus ou moins saillant ; enfin la percussion faite avec un certain soin sur la tumeur et sa circonférence, démontrera derrière elle la présence du tube digestif, qui n'est pas refoulé vers l'épigastre, comme on le voit dans l'ascite ou dans le cas de tumeurs qui partent de l'excavation pelvienne.

Dans la 11[e] livraison de son *Anatomie pathologique*, M. Cruveilhier a publié, sous le nom de *splénite*, de *ramollissement aigu de la rate*, plusieurs observations fort curieuses d'individus ayant succombé après avoir présenté de la suffocation, de l'angoisse, des nausées, des vomissements, un pouls médiocrement fort et fréquent, et quelques symptômes de rémittence. La rate fut trouvée suppurée en partie dans un cas, diffluente et grisâtre dans un autre, noirâtre et pulpeuse dans un troisième. J'ai, en 1837, observé avec M. Chomel ce même appareil de symptômes graves, avec des accidents cérébraux, chez une jeune femme, à l'autopsie de laquelle nous ne trouvâmes qu'une splénite circonscrite, caractérisée par une

infiltration fibrino-albumineuse du tissu. Mais est-il rationnel de rattacher à cette faible lésion tout l'appareil symptomatique si grave observé pendant la vie? La splénite ici, comme dans les premières observations de M. Cruveilhier, ne serait-elle pas plutôt une lésion tout à fait secondaire d'une maladie indéterminée? Je le présume. Quant aux deux autres observations rapportées par le savant professeur, je serais porté à les regarder aussi comme des cas de ramollissements non inflammatoires analogues à ceux qu'on voit si souvent dans les maladies graves, et surtout dans les maladies par infection.

Pronostic. — Il est impossible encore d'être bien fixé sur le degré de gravité de la splénite. Cette affection est pourtant très sérieuse lorsqu'elle se termine par suppuration.

Étiologie. — La splénite est rarement primitive; le plus souvent elle est produite par une cause traumatique, surtout par un coup porté sur l'hypochondre gauche. On conçoit facilement, d'après cela, pourquoi des fièvres intermittentes antérieures, en laissant à la rate un volume plus considérable, constituent une véritable prédisposition à la splénite, surtout lorsque l'organe dépasse le rebord costal, car il est alors plus exposé aux violences extérieures.

Traitement. — Le traitement sera antiphlogistique. A moins que la gravité des symptômes généraux ne réclame une ou plusieurs saignées générales, on préférera les émissions sanguines locales, auxquelles on associera les bains, les cataplasmes, les doux laxatifs. Si les accès fébriles étaient régulièrement intermittents ou même rémittents, on administrerait concurremment le sulfate de quinine, comme dans une fièvre périodique ordinaire. Les purgatifs, les préparations mercurielles en frictions, et, dans une période avancée, les vésicatoires à titre de révulsifs, sont encore indiqués.

INFLAMMATIONS DES ORGANES DE LA RESPIRATION.

DE LA LARYNGITE.

Par le mot *laryngite* ou *angine laryngée*, on désigne généralement l'inflammation de la membrane muqueuse du larynx. Celle-ci se présentant sous des formes bien diverses, eu égard surtout à ses symptômes, aux altérations anatomiques qui la constituent, ainsi qu'à sa marche, on a dû la diviser en plusieurs espèces distinctes, qui sont : les laryngites *simple* ou *muqueuse*, *striduleuse*, *pseudo-membraneuse* et *sous-muqueuse;* enfin, on a admis des laryngites *aiguë* et *chronique*. Cette dernière devra même être distinguée en *chronique simple* et *chronique ulcéreuse*.

DE LA LARYNGITE AIGUE SIMPLE OU MUQUEUSE.

Caractères anatomiques. — Les seules lésions anatomiques qu'on rencontre consistent en une rougeur de la muqueuse, qui souvent est en

même temps friable et épaissie. Dans ce dernier cas, on constate une diminution dans le calibre du tuyau aérien. Le même effet pourrait être produit si l'inflammation avait occasionné l'infiltration séreuse ou purulente du tissu cellulaire sous-muqueux. Dans certains cas de laryngite on trouve l'appareil folliculaire seul enflammé (Cruveilhier) ; ou bien il existe des ulcérations superficielles, quelquefois des pustules : c'est ce qui arrive, par exemple, dans la laryngite aiguë qui survient dans le cours de la variole.

Symptômes. — Dans la plupart des cas, la laryngite aiguë ne détermine que des symptômes locaux sans aucune gravité. La voix est constamment altérée dans son timbre ; elle est criarde, inégale, le plus souvent rauque ; quelquefois il y a une aphonie complète. Les malades accusent, en outre, un sentiment de chaleur et d'ardeur dans le larynx ; ils éprouvent, au niveau de la glotte, un picotement incommode qui excite la toux ; celle-ci est souvent pénible en raison de la douleur cuisante qui accompagne l'expulsion brusque de l'air ; l'expectoration est nulle ou n'est formée que par quelques crachats blancs et épais. La pression exercée extérieurement sur le larynx est quelquefois douloureuse, et excite souvent la toux ; il en est de même des mouvements de déglutition, pendant lesquels l'épiglotte est refoulée sur l'ouverture du larynx, qu'elle comprime parfois douloureusement. Il est ordinaire de voir qu'à ce degré la laryngite n'excite ni malaise, ni fièvre, ni dérangement des fonctions digestives.

Cependant, dans une forme plus grave, la gêne vers le larynx est plus grande ; quelques malades ont la sensation d'un corps étranger qui s'oppose à l'entrée de l'air ; la voix est éteinte, sifflante, et se produit après de grands efforts ; quelquefois alors on entend à distance ou en auscultant le larynx un râle muqueux trachéal plus ou moins bruyant. Cependant, pour peu que cette gêne de la respiration se prolonge, la figure exprime l'anxiété ; elle est pâle, altérée ; les lèvres sont bleuâtres, les yeux saillants ; la peau est chaude, le pouls fréquent, petit. Ces symptômes peuvent aller sans cesse en s'aggravant ; d'autres fois ils se calment momentanément après que les malades ont rejeté quelques crachats muqueux, opaques ou filants. Cependant ces instants de répit sont très courts ; bientôt les accidents s'aggravent de plus en plus, et la mort survient presque toujours avant le huitième jour, au milieu de symptômes d'asphyxie ou de suffocation. Le plus souvent, pourtant, la maladie a une heureuse issue ; les symptômes diminuent alors graduellement et rapidement de violence : l'altération de la voix est le seul trouble qui persiste pendant un temps quelquefois très long.

Diagnostic. — Nous dirons plus tard comment on pourra distinguer la laryngite simple des autres espèces d'inflammation du larynx. On ne confondra pas la forme grave de la maladie avec un corps étranger dans le larynx, parce que dans ce dernier cas il y a absence de fièvre, parce que les quintes de toux, qui sont d'une violence extrême, et la suffocation surviennent subitement au milieu de la santé, et parce qu'enfin les intervalles de calme sont beaucoup plus tranchés que dans les cas d'inflammation aiguë grave du larynx.

Pronostic. — La laryngite n'est fâcheuse que lorsqu'elle est intense; elle est plus grave chez l'enfant, en raison de l'étroitesse du larynx à cet âge.

Étiologie. — Presque toutes les laryngites sont produites par l'action du froid et de l'humidité; d'autres fois la maladie est consécutive à l'exercice immodéré des organes de la voix; plus rarement elle est déterminée par l'inspiration de vapeurs irritantes, comme celles de l'acide chlorhydrique, ou par l'ingestion de boissons trop chaudes qui enflamment en passant l'épiglotte et la glotte. La laryngite est souvent épidémique; mais rien ne prouve qu'elle ait jamais été contagieuse. La forme grave survient quelquefois dans le cours de la variole; elle est caractérisée alors par le développement de pustules nombreuses dans l'arbre aérien; j'en ai vu plusieurs cas.

Traitement. — Dans la forme bénigne de la laryngite, on conseille le repos de l'organe malade, au milieu d'une température douce et uniforme. On pourra y joindre l'usage de pédiluves irritants et de boissons pectorales. Ces moyens sont insuffisants dans la forme la plus grave. Ici, en effet, les émissions sanguines sont indispensables; on ouvrira donc la veine, et on appliquera simultanément un grand nombre de sangsues sur le larynx. On insistera sur les révulsifs cutanés, et si ces moyens sont insuffisants, il faudra produire une violente secousse en administrant un éméto-cathartique. Si, nonobstant ces remèdes, la suffocation est imminente, et si on ne peut plus recourir aux émissions sanguines, il faut exciter une forte révulsion à l'aide de larges vésicatoires appliqués à la nuque ou sur le larynx lui-même, ainsi qu'aux extrémités inférieures. Enfin, si la mort est imminente par le développement de symptômes asphyxiques, il faudra recourir à la laryngo-trachéotomie.

DE LA LARYNGITE STRIDULEUSE OU PSEUDO-CROUP.

La laryngite dite *striduleuse*, en raison du bruit qui l'accompagne, peut être considérée comme une variété de la laryngite simple; elle est surtout caractérisée par des accidents de suffocation souvent formidables, qui reviennent par accès.

La laryngite striduleuse n'est autre que le pseudo-croup ou faux croup de quelques auteurs; c'est à elle aussi qu'il faut rapporter un grand nombre de faits consignés dans les recueils scientifiques, sous les noms d'*asthme aigu* ou *spasmodique*, d'*asthme de Millar*, de *catarrhe suffocant*, de *spasme de la glotte*, d'*inspiration rauque des enfants*. Cette maladie a été surtout bien étudiée par Wichmann, sous le nom d'*asthme spasmodique;* plus récemment elle l'a été en France par MM. Bretonneau, Guersant, Rilliet et Barthez.

Symptômes, marche, durée. — La laryngite striduleuse est remarquable par son début ordinairement brusque; d'autres fois on commence par remarquer, pendant quelques jours, les signes d'une légère inflammation catarrhale du larynx. Cependant bientôt les accidents propres à la maladie

se déclarent; ils surviennent communément pendant la nuit. Le malade est réveillé brusquement par une toux sèche, sifflante, sonore ou rauque, simulant parfois l'aboiement d'un jeune chien. En même temps la respiration est accélérée, haute, entrecoupée; l'air, pénétrant dans le larynx, fait entendre un sifflement aigu, rauque ou plus ou moins sonore; le malade, inquiet, effrayé, s'agite, et, s'il le peut, il pousse quelques cris; sa voix est enrouée, mais très distincte; on a assez souvent observé l'aphonie. L'examen du pharynx ne fait découvrir aucune fausse membrane, et les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés. Au milieu de ces accès si pénibles, la face se congestionne; les lèvres bleuissent, l'anxiété est extrême. De temps en temps, cependant, il existe de petites rémissions pendant lesquelles les malades poussent des cris plaintifs. Après un temps variable, mais qui dépasse rarement une heure, les accidents se calment, la toux cesse, la respiration perd sa fréquence, et les symptômes d'asphyxie se dissipent. Cependant les malades, après une secousse aussi violente, sont pâles et affaissés. Si l'accès a eu lieu au milieu du jour, il est le plus souvent beaucoup moins fort : aussi il n'est pas rare qu'aussitôt passé, les enfants reprennent leurs jeux et leur gaieté jusqu'à ce qu'une nouvelle crise se déclare. Le plus souvent on compte plusieurs de ces accès dans les vingt-quatre heures; mais, comme l'observe M. Guersant, leur violence va en décroissant à mesure qu'ils se reproduisent. Lorsqu'il y en a ainsi plusieurs, les malades conservent dans leur intervalle de l'enrouement, un peu de chaleur et de sensibilité au larynx, et quelquefois aussi un léger mouvement fébrile. A mesure que les crises s'éloignent et diminuent de violence, la toux devient humide, catarrhale; enfin, les malades finissent par avoir un simple rhume qui se termine après quelques jours, ou au plus tard après un ou deux septénaires.

Terminaisons. — La laryngite striduleuse, lorsqu'elle est simple, a presque toujours une heureuse issue. MM. Guersant et Bretonneau n'ont vu succomber aucun enfant par suite de cette maladie : aussi n'ont-ils pu dire quels en sont les caractères anatomiques. Il est quelques malades pourtant qui sont emportés par une affection intercurrente telle qu'une angine couenneuse ou une pneumonie; dans ces cas, l'examen du larynx n'explique pas les symptômes graves observés pendant la vie du côté de cet organe, car on n'y trouve qu'une rougeur érythémateuse avec peu ou point de gonflement. Il existe pourtant dans la science quelques cas de pseudo-croup devenus mortels par eux-mêmes : ces faits rares sont rapportés dans les écrits de Wichmann, de Millar, de Vieusseux et de Lobstein.

Diagnostic. — La laryngite striduleuse ressemble surtout au croup, avec lequel elle a été longtemps confondue : nous ferons connaître leur diagnostic différentiel en traitant de cette dernière affection. La forme grave, suffocante, de la laryngite simple se rapproche, dans ses moments d'exacerbation, de la laryngite striduleuse. Mais celle-ci diffère de la première par l'instantanéité des accès, survenant au milieu de la santé, et par des symptômes locaux extrêmement légers; tandis que dans la forme grave de la laryngite simple, la gêne de la respiration et la suffocation arrivent

par degrés. D'ailleurs tous les symptômes locaux, tels que la douleur, la toux, l'altération de la voix, et en outre la fièvre, sont beaucoup plus considérables dans cette dernière que dans l'autre. Enfin, nous verrons plus tard que la laryngite striduleuse ne peut pas être confondue avec le spasme de la glotte. Car celui-ci est caractérisé par des accès de suffocation qui surviennent tout d'un coup, qui quelquefois s'accompagnent de contracture et de convulsions, et qui se dissipent ou bien emportent les malades après quelques secondes ou quelques minutes au plus sans laisser de traces après eux.

Pronostic. — Quoique pouvant avoir dans certains cas une issue funeste, nous croyons pourtant que la laryngite striduleuse est généralement plus effrayante qu'elle n'est grave.

Etiologie. — La laryngite striduleuse est une affection spéciale à la première enfance; rare avant deux ans, elle ne survient presque jamais après la septième ou huitième année. Cette fréquence s'explique par l'étroitesse relative du larynx à cet âge; c'est à cette organisation primitive qu'il faut attribuer la fréquence de la maladie dans certaines familles. Il est aussi des enfants qui en sont plus particulièrement atteints; chez eux la maladie se reproduit trois, cinq ou six fois avant qu'ils soient arrivés à la puberté. Les garçons y semblent plus prédisposés que les filles. D'après M. Guersant, cette maladie attaquerait principalement les enfants de la classe aisée. Elle paraît sévir surtout pendant la saison froide. On ignore l'influence de la constitution et des tempéraments sur sa production. La maladie se déclare presque toujours après l'impression du foid.

Traitement. — M. Guersant a prouvé que dans la laryngite striduleuse il fallait généralement se borner à faire une médecine peu active, telle enfin que nous l'avons conseillée pour la laryngite aiguë simple et peu intense. Cependant, si l'oppression se prolongeait et devenait excessive, et si en outre il existait de la fièvre, on devrait recourir à une émission sanguine. Il ne faut pas oublier encore que, dans la laryngite striduleuse, la fièvre, si elle est intense, est presque toujours symptomatique de quelque phlegmasie intercurrente, spécialement d'une pneumonie. Cependant, dans le traitement de la laryngite striduleuse, il faut tenir compte de l'élément nerveux, qui semble même prédominer alors : aussi prescrira-t-on avec avantage, pendant les accès, des révulsifs, des rubéfiants et des antispasmodiques. L'assa-fœtida en lavements, à la dose de 8 à 10 grammes, paraît avoir été fréquemment utile dans les cas dont je parle; les bains tièdes pourront également être avantageux. Cependant il est des circonstances où il faut employer une médication beaucoup plus active. Lorsque, par exemple, la laryngite striduleuse coïncide avec l'angine couenneuse, comme alors il y a plus de chances qu'il existe un croup qu'une laryngite striduleuse, on doit, dans le doute, employer les moyens propres à combattre la maladie la plus grave. Si on s'est trompé, la médication ne pourra avoir d'autre résultat fâcheux que d'affaiblir inutilement les malades, et d'allonger peut-être la convalescence. Cependant, malgré ces inconvénients, la prudence veut qu'on agisse comme je viens de le dire.

Nature. — Quoique les recherches nécroscopiques ne nous aient rien appris sur la nature de la laryngite striduleuse, nous croyons pourtant que, en ayant égard aux symptômes et à la marche de l'affection, il est difficile de ne pas reconnaître une phlegmasie légère du larynx, caractérisée surtout par de l'enrouement, des picotements et de la toux ; cette phlegmasie s'accompagne en outre d'un élément nerveux, lequel produit probablement le spasme de la glotte : or, c'est ce qui explique très bien la forme des accès et leur caractère intermittent. Quelques uns pensent pourtant que l'intervention d'un élément nerveux n'est pas indispensable pour se rendre compte du phénomène de l'intermittence. On pourrait, en effet, supposer, avec M. Bretonneau, qu'une congestion passagère, qu'un enchifrènement de la glotte, peut momentanément rétrécir son calibre, de même que nous voyons l'enchifrènement des narines cesser et augmenter plusieurs fois dans la même heure par le seul fait d'un changement de température, et sans qu'il soit besoin d'invoquer un trouble nerveux. Avouons cependant qu'on explique difficilement par le boursouflement de la muqueuse l'invasion subite, brusque, des accès : aussi croyons-nous que, pour l'intelligence des symptômes, il convient encore de faire intervenir comme essentiel un élément nerveux.

DU CROUP.

SYNONYMIE.—*Angina suffocatoria*, *polyposa*, *membranacea*, *tracheitis infantum*, *cynanche trachealis* ; angine laryngée membraneuse, diphthérite trachéale, laryngite pseudo-membraneuse.

Le mot *croup* est une expression écossaise que F. Home a introduite dans la science, et qui, depuis lui, a été adoptée par la généralité des médecins de tous les pays pour désigner une maladie aiguë très grave, à marche rapide, et anatomiquement caractérisée par la formation d'une fausse membrane dans le larynx et dans la trachée.

Historique. — Le croup est une maladie qui, sans être probablement nouvelle, a été néanmoins inconnue des Grecs, des Latins et des Arabes. Ce fut Baillou qui, dans la constitution de 1576, traça le premier ses symptômes principaux et peut-être son caractère anatomique ; mais celui-ci fut positivement bien indiqué par Ghisi, dans sa relation sur l'épidémie qui régna à Crémone en 1747 et 1748. Dix-sept ans plus tard, Home publia la première monographie que nous ayons eue sur le croup : aussi est-il regardé avec juste raison comme étant le premier historien de la maladie. Depuis cette époque, le croup a été l'objet de recherches nombreuses dans tous les pays, mais surtout en France, où l'on vit, à l'occasion d'un concours mémorable ouvert en 1807 par Napoléon, les ouvrages de Jurine (1), d'Albers, de Vieusseux, de Caillau et de Double. Enfin, à une

(1) L'ouvrage de Jurine n'a pas été publié ; il n'est connu que par les extraits qu'en a donnés Royer-Collard dans le très remarquable rapport qu'il a fait sur les ouvrages envoyés au concours de 1807. Ce rapport est presque le meilleur traité que nous ayons sur le croup.

époque plus rapprochée de nous, parurent les ouvrages de Louis Valentin et de Blaud, ceux de MM. Desruelles et Bricheteau, enfin les recherches importantes de MM. Guersant, Trousseau, et avant tout celles de M. Bretonneau, qui, dans son remarquable *Traité de la diphthérite*, a éclairé bien des points obscurs, et montré d'une manière positive la liaison du croup avec l'angine couenneuse.

Caractères anatomiques. — Nous avons dit que le croup était anatomiquement caractérisé par la présence de fausses membranes dans les voies aériennes. Ces concrétions morbides ne dépassent pas, dans les trois quarts des cas, le larynx ni la trachée; elles peuvent même n'occuper que l'épiglotte ou les bords de la glotte; mais sur le tiers des cadavres, on trouve qu'elles se propagent également dans les bronches et dans quelques unes de leurs ramifications. Elles ne consistent parfois qu'en quelques lambeaux disséminés; mais dans le plus grand nombre des cas, elles sont répandues uniformément sur une surface plus ou moins grande. La plupart sont d'un gris blanchâtre ou complétement blanches, parfois rougeâtres ou noirâtres, à cause de leur combinaison avec une certaine quantité de sang. Elles sont tantôt molles et presque diffluentes; d'autres ont de la consistance; les unes ne sont guère plus épaisses que la pellicule extérieure de l'œuf, tandis que d'autres ont jusqu'à 5 millimètres d'épaisseur. On peut dire, en général, que l'épaisseur et la consistance des fausses membranes sont en rapport avec leur ancienneté. Examinées à une époque peu éloignée de leur formation, ces concrétions, de nature albumino-fibrineuse, ne présentent aucune trace d'organisation; mais il est certain qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et très variable d'ailleurs, de petits vaisseaux s'y développent. Elles adhèrent plus ou moins intimement à la membrane muqueuse; parfois elles en sont séparées dans plusieurs points par une couche liquide; enfin, il n'est pas rare de voir une portion plus ou moins considérable de la concrétion rester libre et flottante. Il n'existe pas toujours de rapport direct entre le degré de l'adhérence et l'ancienneté de la fausse membrane, puisque quelquefois on trouve celle-ci unie intimement à la muqueuse, quoique sa formation date à peine de quinze ou vingt-quatre heures. C'est d'ailleurs une circonstance fort remarquable que la rapidité avec laquelle se forment ces concrétions morbides, puisqu'il suffit souvent de six ou huit heures pour les voir occuper la plus grande partie du larynx et de la trachée. Au-dessous d'elles la membrane muqueuse est d'un rouge foncé, livide; elle est parfois ecchymosée; il n'est pas rare pourtant qu'elle ne présente aucune espèce d'altération dans sa couleur, son épaisseur et sa consistance. Dans le croup on trouve encore, dans l'intérieur du larynx, une quantité plus ou moins considérable d'un liquide muqueux, séreux ou puriforme; le calibre de ce conduit, celui de la trachée et des bronches, est plus ou moins rétréci, suivant l'épaisseur de la fausse membrane. Cette obstruction explique ordinairement la mort et les symptômes d'asphyxie qu'on a observés : cependant on a vu tous ces accidents avoir lieu, quoique la concrétion fût très peu considérable, et quoiqu'elle ne parût pas avoir apporté beaucoup d'obstacle à l'entrée de l'air

dans les poumons : aussi les auteurs ont-ils supposé que, dans ce cas, il avait dû se joindre à la maladie principale un spasme de la glotte.

Les voies aériennes ne sont pas toujours les seules parties dans lesquelles on trouve des concrétions pseudo-membraneuses : celles-ci tapissent, en effet, très souvent le pharynx et l'arrière-bouche, plus rarement les fosses nasales, le conduit auditif, et même les surfaces de la peau qui ont été accidentellement dénudées. Enfin, chez les sujets qui sont emportés par le croup, on trouve encore diverses autres altérations qui ne sont qu'accidentelles ; telles sont surtout des pneumonies lobulaires et la congestion des poumons.

Symptômes. — On peut diviser le croup en trois périodes. Dans la première, les malades accusent du malaise, des frissons et de la courbature ; ils ont de la fièvre ; ils ressentent dans la gorge une douleur plus ou moins vive; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. L'inspection du pharynx, qu'on ne doit jamais négliger de faire en pareil cas, démontre une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse et une tuméfaction de la luette et des amygdales ; bientôt on aperçoit sur ces parties les plaques diphthéritiques caractérisant l'angine couenneuse. Celle-ci précéderait, d'après M Bretonneau, le développement du croup épidémique ; M. Guersant affirme qu'on l'observe aussi dans les cinq sixièmes des cas où la maladie est sporadique. Cette particularité est commune au croup de l'enfance, comme à celui qui survient chez l'adulte ; c'est du moins ce qui résulte des observations de M. Louis. Cette première période de la maladie peut durer quelques heures ou bien se prolonger pendant huit jours.

Cependant le larynx finit bientôt par être affecté ; on en est averti par une toux sèche qui revient par quintes, par l'aphonie et les signes de suffocation ; ces accidents marquent la seconde période du croup. Le malade alors est réveillé brusquement, au milieu de la nuit, dans un état d'anxiété extrême ; souvent il se précipite au bas de son lit comme terrifié ; il a la sensation d'un corps étranger qui remplit le larynx et s'oppose à l'entrée de l'air ; la toux et la voix offrent un timbre et des caractères particuliers : on les a comparées au cri du coq, du chien, du canard, etc. ; mais ces comparaisons ne sauraient donner une idée bien exacte du phénomène. Qu'il nous suffise de dire que dans le croup la toux est rauque, sourde, comme étouffée ; bientôt elle est tout à fait insonore ; elle est suivie d'une inspiration courte, brusque, sifflante, comme si l'air traversait un tuyau sec et métallique ; la voix est enrouée et bientôt éteinte ; elle offre aussi un timbre un peu métallique, comme la toux. En même temps que ces signes caractéristiques ont lieu, la respiration est accélérée, courte, haletante ; le murmure vésiculaire est affaibli dans toute l'étendue du thorax, à cause du petit volume de la colonne d'air et des respirations incomplètes que les malades font ; l'expiration est prolongée, et égale souvent l'inspiration en raison de la difficulté que l'air éprouve à sortir de ses conduits. Appliqué sur le larynx lui-même, le stéthoscope fait entendre des ronchus sibilants et humides, ou même un bruit de gargouillement ou de raclement, comme s'il existait un corps étranger en mouvement. Ces phénomènes cessent, ou

du moins ils diminuent après l'expulsion de fragments membraneux. Tout indique chez les malades une gêne extrême dans les fonctions respiratoires ; la face est bouffie, bleuâtre ; les yeux sont hagards, les jugulaires gonflées ; le pouls est petit, faible, irrégulier ; le malade, assis sur son séant, s'agite, porte parfois avec fureur la main à la gorge, comme pour enlever l'obstacle qui le suffoque. Les quintes de toux s'accompagnent souvent d'épistaxis, de vomissements aqueux, bilieux, de l'expulsion de mucosités filantes ou de lambeaux membraneux. Cependant les malades, épuisés, tombent bientôt dans l'abattement et dans la somnolence ; ils se plaignent d'une douleur dans le larynx et la trachée ; la respiration est toujours gênée, et l'air qui pénètre à chaque inspiration fait entendre un sifflement qu'on perçoit à distance, et qui est assez fort pour masquer plus ou moins complétement le murmure vésiculaire. Cependant il arrive parfois, surtout lorsque quelque fausse membrane a été expulsée, que la dyspnée cesse dans l'intervalle des accès. La maladie parvenant enfin à sa troisième et dernière période, on voit alors les accès se rapprocher et s'aggraver ; à chacun d'eux, l'imminence d'une asphyxie augmente ; enfin les malades succombent, les uns violemment et comme suffoqués, les autres paisiblement et avec les symptômes d'une asphyxie lente. La fièvre du début persiste intense jusqu'à la fin ; mais la température, quoique augmentée, n'est pas en rapport avec l'accélération du pouls et de la respiration ; elle est en moyenne de 38°,50, d'après M. Roger. Il est rare que, chez les malades dont nous parlons, on observe du délire ou des convulsions. La mort est la terminaison presque constante de la troisième période.

Marche, durée, terminaisons. — Le croup a une marche extrêmement aiguë : on l'a vu emporter des malades en six ou douze heures (*croup foudroyant*). Dans la plupart des cas, la mort n'a lieu qu'après quatre, cinq ou six jours. Il est rare que la vie se prolonge au-delà d'un septénaire. Si la maladie doit avoir une heureuse issue, c'est presque toujours dans la seconde période ; les quintes alors s'éloignent, la toux devient humide, et les malades rejettent en quantité plus ou moins considérable des mucosités opaques, des crachats visqueux et des lambeaux membraneux, irréguliers ou tubulés. Il n'est pas certain que, dans les cas qui se terminent heureusement, toute la fausse membrane soit complétement expulsée ; il est possible, en effet, qu'une partie de cette production persiste et disparaisse ensuite par usure ou par absorption au bout d'un temps plus ou moins long. La convalescence est toujours rapide. On ne peut établir encore de rapports entre les guérisons et les morts, attendu que trop souvent on a confondu les croups et les pseudo-croups, et l'on sait que ceux-ci ont presque toujours une heureuse issue. Il est douteux qu'on ait jamais vu un croup véritable récidiver.

Variétés. — Dans la description précédente je n'ai eu en vue que le croup des enfants ; mais des différences assez importantes cependant distinguent le croup des adultes, variété qui a été parfaitement décrite par M. Louis. Chez ces derniers, en effet, les symptômes locaux, tels que la douleur de gorge et du larynx, la déglutition pénible, existent dès le dé-

but ; les malades ont de la dyspnée ; leur voix est altérée; ils rejettent des pseudo-membranes ; mais on n'observe pas, ainsi que M. Charcellay l'a encore vérifié récemment, ces accès de suffocation qui sont constants chez les enfants. Les altérations de la toux et de la voix, quoique marquées, sont aussi moins caractéristiques. Enfin, la marche est moins rapide, et, bien que les lésions soient à peu près les mêmes, l'appareil symptomatique est cependant moins effrayant, ce qui tient probablement à l'ampleur plus grande du larynx, et à ce que la maladie ne survient guère que chez des individus plus ou moins affaiblis ou épuisés. Il n'existe pas de croup chronique ni de croup intermittent, quoique quelques auteurs aient prétendu le contraire.

Diagnostic. — La laryngite striduleuse est la maladie qui offre le plus de ressemblance avec le croup. On sait, en effet, que ces deux affections ont été longtemps confondues, et le sont encore aujourd'hui par beaucoup de personnes. Cependant il importe beaucoup, pour le pronostic et la thérapeutique, de pouvoir les distinguer l'une de l'autre. On se rappellera donc que dans la laryngite striduleuse la voix est *enrouée*, mais non *éteinte ;* la toux est *éclatante, sonore*, tandis qu'elle est *sourde et étouffée* dans le croup ; dans la première, les malades ne rejettent jamais de concrétions membraneuses. Il y a bien dans les deux maladies que je compare des accès de suffocation ; mais, dans la laryngite striduleuse, ces accès sont suivis d'une rémission à peu près complète, puisque beaucoup d'enfants, dans l'intervalle des crises, reprennent tout à fait leurs jeux ; il n'en est plus de même du croup. Ajoutons que la laryngite striduleuse débute brusquement ou n'est précédée que par un peu d'enrouement, tandis que presque toujours le croup est consécutif à l'angine couenneuse. Enfin la première est rarement mortelle, tandis que dans le croup la guérison n'a lieu que dans le plus petit nombre des cas. Un corps étranger brusquement introduit par la glotte pourrait encore simuler le croup, en raison des accès de suffocation et des quintes de toux ; mais celles-ci ne présentent jamais, non plus que la voix, le caractère croupal ; l'auscultation du larynx apprend en outre souvent qu'il existe un corps mobile dans cette cavité ; enfin, presque toujours on pourra connaître, par le malade lui-même ou par les assistants, la véritable cause des accidents qu'on observe. Nulle ressemblance n'existe non plus entre le croup et le spasme de la glotte, qui, comme nous le verrons dans la classe des névroses, est caractérisé par une suffocation survenue subitement, s'accompagnant souvent de contracture ou de mouvements convulsifs, et qui se termine par la guérison ou par la mort dans l'espace de quelques secondes ou de quelques minutes au plus, sans jamais laisser de trace après lui. Enfin, on n'ignore pas qu'il se développe parfois, surtout chez les enfants, une inflammation dans le tissu cellulaire de la paroi postérieure du pharynx, qui se termine souvent par suppuration d'une manière rapide, et qui, par la suffocation qu'elle produit, pourrait faire croire à l'existence du croup. Mais dans ces abcès, qu'on nomme *rétro-pharyngiens*, il n'y a ni toux ni voix croupale, il y a une dysphagie plus ou moins complète ; les accidents sont continus ; enfin,

si, faisant ouvrir la bouche au malade, on examine le pharynx, on découvre aisément la tumeur fluctuante qui existe à la paroi postérieure de cet organe.

Pronostic. — Le croup est une des affections les plus graves qu'on soit appelé à traiter. L'aphonie, la toux sourde, insonore, la dyspnée extrême, la petitesse et l'irrégularité du pouls, sont des symptômes qui indiquent un danger prochain. Dans la troisième période, il ne reste presque plus aucune chance de salut. Toutes les complications ajoutent au danger. On a dit pourtant que la coqueluche, et surtout qu'une bronchite intercurrente, étaient utiles comme favorisant, par les quintes de toux et la sécrétion muqueuse, la dissolution et l'expulsion des fausses membranes qui constituent tout le danger de la maladie ; mais cette opinion est loin d'être encore démontrée.

Étiologie. — On peut observer le croup à tous les âges de la vie, on l'a vu même affecter plusieurs fois des vieillards; mais cette maladie est spéciale à l'enfance. Rare avant sept mois et après douze ans, elle a son maximum de fréquence entre deux et sept ans. De nombreux relevés statistiques ont prouvé que, chez les enfants, plus encore que chez les adultes, la maladie était plus commune chez les individus du sexe masculin, puisque, en effet, chez les premiers le nombre des garçons atteints est supérieur de plus d'un quart à celui des filles.

On ignore l'influence exercée par la constitution et les tempéraments. Quelques faits semblent prouver que le croup peut se développer par suite d'une prédisposition héréditaire. La maladie existe sous presque toutes les latitudes : cependant elle est probablement plus fréquente dans le nord et dans les régions centrales de l'Europe. Il paraît aussi que la maladie sévit surtout dans les pays montagneux, humides, boisés, chez les sujets mal nourris, habitant des lieux malsains ou qui vivent entassés dans des espaces trop étroits; c'est ce qui explique la fréquence plus grande du croup dans la classe pauvre de la société.

Chez les adultes, le croup survient ordinairement dans le cours de maladies longues qui ont plus ou moins profondément débilité la constitution. Il en est de même chez les enfants ; mais chez eux la maladie est plus souvent consécutive aux affections catarrhales, surtout à l'angine couenneuse et aux fièvres éruptives, comme on le voit dans une excellente relation d'épidémie de croup que M. E. Boudet a insérée dans les *Archives de médecine* de 1842. Le croup survient presque toujours sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause déterminante; quelquefois pourtant cette maladie a paru être produite par l'action du froid et de l'humidité. Les auteurs sont partagés sur la question de la contagion ; les uns l'admettent (Rosen, Wichmann, Goelis), d'autres la repoussent (Home, Jurine, Albers, Valentin, Royer-Collard). Cependant les faits rapportés par Lobstein, par MM. Bretonneau et Guersant, démontrent la possibilité d'une contagion immédiate et médiate. D'ailleurs la contagion étant parfaitement établie pour l'angine couenneuse, elle doit nécessairement exister pour le croup; car c'est en définitive dans les deux cas la même maladie spécifique, ne

différant que par le siége et coexistant souvent chez le même sujet. Le croup règne souvent épidémiquement; la constitution épidémique, dont la cause d'ailleurs est tout à fait insaisissable, est presque toujours circonscrite à une petite localité, comme une ville, un quartier, ou même un établissement.

Traitement. — Le traitement à opposer au croup doit être essentiellement actif. Lorsque le malade commence par avoir une angine pharyngée couenneuse, il faut se hâter de cautériser les parties recouvertes par les plaques avec l'acide chlorhydrique, ou bien encore avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Il faut dans ces cas cautériser largement et profondément jusqu'à l'épiglotte; il vaut mieux ici faire plus que moins. Lorsque l'exsudation couenneuse commence par le larynx ou par la trachée, la médication topique ne peut plus être employée, et l'on est réduit à l'usage de moyens généraux d'un effet beaucoup plus incertain. Quoi qu'il en soit, il y a alors deux indications capitales à remplir : 1° il faut borner la phlegmasie, 2° favoriser l'expulsion des fausses membranes. On a essayé de limiter la phlegmasie à l'aide de saignées générales et locales; mais malheureusement ces moyens, qui sont si puissants contre les phlegmasies ordinaires, sont à peu près sans effet contre la laryngite couenneuse. Cependant, chez les enfants pléthoriques, la saignée est utile; elle peut être également avantageuse en diminuant les accidents asphyxiques et en favorisant l'hématose lorsque la congestion pulmonaire est intense; il faut pourtant prendre garde d'abuser de ce moyen, et on doit toujours s'en abstenir chez les sujets faibles. Pour obéir à l'indication dont je parle, on a aussi proposé divers médicaments et surtout le mercure. MM. Guersant et Bretonneau ont observé un certain nombre de faits qui démontreraient l'utilité de ce remède, qu'on administre à l'intérieur, et en frictions de manière à exciter la salivation le plus tôt possible. En même temps qu'on cherche à borner l'inflammation, on devra essayer de décoller et d'expulser les fausses membranes à l'aide des expectorants, et surtout au moyen de l'émétique et de l'ipécacuanha. L'émétique est un médicament qui mérite la plus grande confiance, et qu'il faut prescrire dès le début à la dose de 5 centigrammes dans les trois premières années; à la dose de 10 centigrammes, de trois à six ans. Il ne faut pas craindre d'en répéter l'emploi plusieurs jours de suite, et même plusieurs fois par jour, comme le conseillent deux médecins habiles, MM. Delarroque et Marotte, qui donnent les vomitifs coup sur coup. Cette pratique est excellente. Il résulte, en effet, d'un relevé fait par M. Valleix dans son *Guide du médecin praticien*, que sur trente et un malades chez lesquels l'émétique et l'ipéca furent la médication principale, on a compté quinze guérisons, tandis que sur vingt-deux individus chez lesquels les vomitifs ne furent donnés qu'avec parcimonie, un seul survécut. Cette méthode, peu employée en France, compte de nombreux partisans en pays étrangers; elle a été surtout expérimentée avec succès par les docteurs Albers, Olbers, Jourdain de Binch, Serlo de Cross, Dür, Frélitz, Schawse. Ces quatre derniers ont fait vomir avec le sulfate de cuivre. Ce médicament,

peu usité chez nous, a été expérimenté dans ces derniers temps par M. le docteur Béringuier, qui affirme avoir guéri les dix-huit enfants atteints de croup, chez lesquels il a administré le remède. Ce succès si constant dans une maladie aussi grave permet de se demander si la médication a toujours été appliquée à des croups véritables. Quoi qu'il en soit, M. Béringuier veut qu'on débute par la dose de 1 décigramme de sulfate de cuivre pour 5 à 6 décigrammes de sucre en poudre. Il recommande expressément d'en donner une seconde dose, si le vomissement se faisait attendre plus de cinq minutes. On répète l'administration du vomitif cuivreux autant de fois que les accidents se reproduisent.

En résumé, la médication vomitive est efficace, mais il ne faut pas l'appliquer trop tard, car il arrive un moment où l'organisme affaibli est incapable de toute réaction; les médicaments ingérés restent alors sans effets. C'est ainsi que plusieurs fois j'ai vainement donné à des enfants à la mamelle atteints de croup 10, 15 et jusqu'à 25 centigrammes d'émétique, ou bien 50 centigrammes ou 1 gramme d'ipéca, sans même provoquer un effort de vomissement.

C'est dans le but aussi de favoriser l'expulsion des fausses membranes que quelques auteurs ont vanté les sternutatoires, que d'autres ont conseillé le bain froid avec affusion, afin d'exciter une réaction vive. Mais ce moyen, dont l'efficacité est plus que douteuse, peut en outre être fort dangereux. Les révulsifs cutanés, les purgatifs, les sudorifiques et les antispasmodiques, que quelques personnes ont préconisés, ne sont que des moyens très accessoires qui peuvent soulager, mais qui probablement n'ont jamais guéri personne; il en est de même du polygala et des carbonates alcalins donnés en vue de théories chimiques. Enfin le sulfure de potasse, qu'on a regardé longtemps comme un spécifique, n'agit guère que par ses propriétés émétiques. Ce remède d'ailleurs est dangereux, aussi ne doit-on le prescrire qu'avec une excessive réserve; on le donnera à la dose de 60 à 90 centigrammes dans un looch, qu'on prendra par cuillerées dans les vingt-quatre heures. On a supposé à ce médicament une vertu altérante ou dissolvante; mais rien n'est moins démontré que cet effet. Nous croyons donc plus prudent, dans les cas de croup, de recourir à une médication moins incertaine que celle-là.

Lorsque le croup, résistant aux saignées, aux mercuriaux et aux vomitifs, est arrivé à la troisième période, on n'a plus d'autre espoir pour conserver les malades que de pratiquer la trachéotomie. Mais pour que cette opération, qui par elle-même ne présente aucune gravité, offre encore quelque chance de salut, on ne doit pas, pour la faire, attendre que l'asphyxie soit très avancée, ou que les forces soient très prostrées. La trachée une fois ouverte, MM. Bretonneau et Trousseau conseillent de recourir à deux nouvelles opérations, qui sont l'*écouvillonnement* et la *cautérisation*. L'écouvillonnement se pratique à l'aide de deux instruments, consistant, l'un en une baleine mince, flexible, terminée par une éponge; l'autre est une tige, au bout de laquelle est une petite brosse, semblable à celle dont on se sert pour nettoyer les bouteilles. M. Trousseau, après

avoir tenu les lèvres de la plaie béantes à l'aide d'un dilatateur, conseille d'injecter une demi-cuillerée d'eau par la canule, puis on enfonce l'écouvillon à 15 ou 18 centimètres de profondeur ; il *ramone* ainsi la trachée pendant deux ou trois secondes, et répète cette opération dix, vingt et jusqu'à quarante fois. Il espère par là séparer les fausses membranes, les entraîner au dehors et modifier la surface exhalante. Cependant ces manœuvres, que quelques succès d'ailleurs semblent justifier, ont effrayé plusieurs personnes. Il en est de même de la cautérisation par la solution de nitrate d'argent. On instille celle-ci dans le larynx et la trachée (20 centigrammes pour 4 grammes d'eau) ; mais il est préférable de porter le caustique sur les parties malades à l'aide d'un écouvillon d'éponge qui en est imbibé (1 gramme de nitrate d'argent par 4 d'eau). Enfin, M. Trousseau termine ces manœuvres par instiller quelques gouttes d'eau tiède, afin de dissoudre, de ramollir le mucus et les fausses membranes. On parvient, en général, après tous ces efforts, à provoquer l'expulsion de quelques concrétions. On place alors dans la trachée une canule appropriée et dont l'orifice a au moins le calibre normal de la glotte ; on la retient en place à l'aide de deux cordonnets, et on veille à ce qu'elle ne se dérange ni ne s'obstrue. Dans ce dernier cas, on la retire, on la nettoie, et on ne la replace qu'après avoir de nouveau pratiqué l'écouvillonnement. Dès que l'opération est faite, il faut soutenir les forces et commencer par alimenter légèrement les malades. La canule ne sera retirée que lorsque les fausses membranes auront été complétement expulsées et que l'air s'introduira librement par l'ouverture de la glotte. C'est en suivant ces principes que M. Trousseau est parvenu à sauver vingt-neuf malades sur cent vingt-huit qu'il a opérés dans ces dernières années. En réunissant la plupart des faits connus, on aurait soixante-dix guérisons et plus de trois cents morts ; de sorte qu'en ouvrant la trachée dans la période extrême du croup, on a à peu près, dit M. Trousseau, dans le *Journal de médecine* de 1844, *une* chance de succès sur *cinq*. Cette proportion est très favorable, si on considère que, lorsque l'opération a été faite, les malades étaient presque voués à une mort certaine.

Nature. — D'après les résultats nécroscopiques, on ne peut douter que dans le croup il n'existe une inflammation de la muqueuse laryngo-trachéale ; mais cette phlegmasie se distingue des inflammations ordinaires ou des inflammations franches par sa marche et surtout par la nature de ses produits. On doit donc, avec M. Bretonneau, la regarder comme étant d'une nature spécifique, ainsi que nous l'avons déjà établi précédemment pour l'angine couenneuse.

DE LA LARYNGITE SOUS-MUQUEUSE.

La laryngite est dite *sous-muqueuse* lorsque l'inflammation, se propageant au tissu cellulaire subjacent, détermine l'induration de celui-ci ou y produit une infiltration séreuse, purulente, ou des abcès. M. Cruveilhier, qui a imposé à la laryngite sous-muqueuse le nom qu'elle porte, a égale-

ment proposé de la distinguer en laryngite *sus-glottique* et en *sous-glottique*. La première consiste dans l'infiltration séreuse ou purulente des replis aryténo-épiglottiques; la seconde, beaucoup plus rare, est caractérisée par des altérations analogues, situées au-dessous des ventricules et derrière le cartilage cricoïde.

1° *Laryngite sus-glottique, œdémateuse, ou œdème de la glotte.*

La variété de la laryngite sous-muqueuse qu'on nomme *sus-glottique* n'est autre que l'affection connue sous les noms d'*œdème de la glotte*, d'*angine laryngée œdémateuse* ou *séreuse*. C'est en vain qu'on voudrait faire remonter à Boerhaave les premières notions sur cette maladie, dont les caractères anatomiques, imparfaitement indiqués par Morgagni et par Bichat, n'ont été réellement décrits pour la première fois qu'en 1808, par Bayle, qui, dans les *Mémoires de la Faculté de médecine de Paris*, a tracé un tableau tellement fidèle de la maladie, que, depuis lui, on n'a presque rien ajouté à la description qu'il en a faite. Cependant il est juste de signaler quelques bons travaux publiés depuis cette époque; ils sont dus à MM. Thuilier (*Thèse* de 1815), Bouillaud (*Archives*, 1823), Lisfranc (*Journ. général*, 1825), Cruveilhier (*Dict.* en 15 vol.), Miller (*Lond. Med. Gaz.* de 1833); Legroux (*Journ. des conn. méd.-chirur.*, 1839). Enfin, M. Valleix a récemment tracé de la maladie un portrait fidèle, d'après l'analyse de la plupart des faits recueillis avant lui (t. XI des *Mémoires de l'Acad. roy. de médecine.*)

Caractères anatomiques. — A l'autopsie, on trouve l'ouverture de la glotte presque complétement oblitérée par l'épaississement et le gonflement des replis muqueux aryténo-épiglottiques, qui sont le siége de prédilection de la maladie. Ceux-ci, d'après la remarque de Bayle, sont tellement disposés que toute impulsion par la colonne d'air qui vient du pharynx les renverse dans l'ouverture de la glotte, qu'ils bouchent plus ou moins complétement, tandis que l'impulsion qui s'opère en sens inverse du côté de la trachée repousse le bourrelet sur les côtés de la glotte, dont l'orifice devient libre; en un mot, la glotte est bouchée pendant l'inspiration et plus ou moins libre à l'expiration. La muqueuse qui tapisse les bourrelets œdémateux est tantôt pâle, blanchâtre ou bien rouge-bleuâtre, amincie ou enfin plus ou moins épaissie. Suivant M. Valleix, elle n'aurait été trouvée intacte au niveau de l'infiltration que trois fois sur cinquante. Les replis aryténo-épiglottiques infiltrés sont mobiles et tremblotants; ils résistent beaucoup quand on les presse entre les doigts; si on les incise, on trouve que le tissu cellulaire est dense et à mailles très serrées; les aréoles ne semblent pas communiquer entre elles : c'est ce qui explique pourquoi il est si difficile, même en les comprimant pendant longtemps, d'exprimer la sérosité qui y est infiltrée. Si la phlegmasie a suivi une marche plus rapide, le liquide contenu dans les lèvres de la glotte ressemble plutôt à une lymphe plastique qu'à de la sérosité; plus tard, c'est du pus : on a vu quelquefois celui-ci réuni en foyer. Enfin, des points

gangréneux peuvent exister sur la muqueuse ; souvent encore on constate la carie et la nécrose des cartilages thyroïde et aryténoïdes, et surtout celle du cartilage cricoïde ; parfois aussi des fusées purulentes existent entre les couches musculaires du larynx. Des altérations à peu près semblables, mais en général moins marquées, se remarquent sur les cordes vocales. L'épiglotte est presque toujours gonflée sur ses bords ; ceux-ci sont mousses et arrondis ; enfin, dans la moitié des cas, d'après M. Valleix, on trouverait des traces de phlegmasie sur le pharynx et les amygdales.

Symptômes, *marche*, *terminaisons*. — La laryngite œdémateuse peut débuter brusquement par un accès de suffocation : cependant, dans la presque totalité des cas, l'invasion de la maladie est lente et obscure. Les malades accusent trente-huit fois sur quarante une douleur plus ou moins vive, ou un sentiment de gêne à la partie supérieure du larynx ; à chaque inspiration, l'air semble franchir un obstacle et produit souvent un sifflement ; la voix est rauque ou faible ; les malades font des efforts de toux pour se débarrasser de l'obstacle dont ils ont la conscience ; enfin quelques uns éprouvent une gène plus ou moins grande dans la déglutition (Bouilland). Cependant, au bout de quelques jours, les symptômes s'aggravent ; la respiration est plus pénible, plus bruyante ; on observe des accès de suffocation pendant lesquels l'inspiration bruyante, très sifflante, se fait avec des efforts inouïs, tandis que l'expiration est facile, ce qui s'explique par la disposition anatomique des replis aryténo-épiglottiques dont nous avons parlé précédemment. Ces accès, pendant lesquels l'asphyxie est imminente, durent pendant sept à dix minutes, quelquefois davantage ; ils se répètent au bout de quelques heures, de plusieurs jours ou d'une semaine ; dans leur intervalle, la respiration redevient beaucoup plus libre. Cependant, lorsque les accès sont très rapprochés, la respiration continue à être gênée ; la face bleuâtre, les extrémités livides, la diminution de la calorification, indiquent une hématose incomplète. Comme nous l'avons dit pour le croup, quelques malades meurent rapidement dans un accès de suffocation, comme si un obstacle empêchait subitement l'arrivée de l'air. La plupart succombent avec les symptômes d'une asphyxie lente. Dans l'affection dont je parle, le thorax est toujours sonore à la percussion ; mais le volume d'air qui arrive dans les poumons étant beaucoup moins considérable, en raison de l'obstacle qui existe dans le larynx, il s'ensuit que le murmure respiratoire est généralement affaibli, quelquefois même il est nul ; celui qui existe est en outre souvent masqué par le sifflement qui se passe dans la gorge et dans le larynx. La palpation du cou, l'inspection de la gorge, ne fournissent que des résultats négatifs. La possibilité qu'il y aurait, d'après MM. Thuilier, Bricheteau, Legroux, Lisfranc, de constater par le toucher une tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques en portant profondément le doigt jusqu'au-dessous de l'épiglotte, ne nous est pas démontrée. Nous avons vainement essayé deux ou trois fois d'arriver ainsi sur le siége du mal ; le resserrement spasmodique de l'ouverture supérieure du larynx et les efforts de vomissement nous ont toujours arrêté dans nos recherches, et nous savons que

plusieurs autres praticiens, MM. Chomel et Blache entre autres, n'ont pas été plus heureux que nous. Au milieu de cet appareil de symptômes si fâcheux, la fièvre est nulle ou médiocre, l'anorexie est le seul phénomène sympathique du côté des voies digestives.

Durée. — Comme on vient de le voir, la laryngite œdémateuse a une marche intermittente et plus ou moins rapide. Sa durée varie depuis quelques heures jusqu'à plusieurs semaines et même un mois ; la mort en est la terminaison ordinaire, puisque Bayle l'a vue survenir seize fois sur dix-sept malades.

Diagnostic. — Bayle a indiqué comme signes pathognomoniques de la maladie des accès de suffocation, et surtout le contraste qui existe entre l'inspiration et l'expiration, la première se faisant péniblement, tandis que la seconde aurait lieu sans efforts. Cependant il y a à ce sujet d'assez nombreuses exceptions, et nous avons vu nous-même plusieurs cas de laryngite œdémateuse dans lesquels l'expiration et l'inspiration étaient également pénibles. Il n'existe aucun signe pathognomonique de la laryngite œdémateuse ; nous pensons que le diagnostic de cette affection ne peut être établi que par un ensemble de caractères. Ainsi un sentiment de gêne à la partie supérieure du larynx s'accompagnant d'enrouement, d'une inspiration sifflante, et bientôt d'accès de suffocation qui cessent et se reproduisent ordinairement à de courts intervalles, indiquent sûrement un obstacle dans le larynx, et tout porte à penser alors que cet obstacle est déterminé par le gonflement, l'infiltration séreuse ou purulente des replis aryténo-épiglottiques. Les accès de suffocation produits par le gonflement des amygdales, par les maladies de l'aorte, du cœur et du poumon, seront facilement reconnus à l'aide des moyens d'exploration dont nous pouvons disposer. L'aphonie, le timbre de la toux, l'expulsion des fausses membranes, ne permettront pas de confondre le croup avec la laryngite œdémateuse. Les accidents que celle-ci produit ne pourront non plus être confondus avec ceux que détermine l'introduction d'un corps étranger qui occasionne une suffocation subite, un raclement particulier perceptible à distance et par l'auscultation médiate ; il est rare enfin qu'on ne puisse s'éclairer par les commémoratifs. Un polype pédiculé du larynx produit les mêmes accidents qu'un corps étranger venu du dehors : cependant j'avoue que le diagnostic pourra être dans quelques cas fort difficile, sinon impossible ; toutefois cette production est tellement rare, qu'il est permis, jusqu'à un certain point, d'en faire abstraction lorsqu'on établit le diagnostic différentiel de la laryngite œdémateuse. Enfin, un abcès rétro-pharyngien, par les menaces de suffocation qui l'accompagnent, pourrait simuler l'œdème de la glotte, si la douleur de gorge, la gêne de la déglutition, l'œdème du cou, et surtout la tumeur fluctuante qui existe à la face antérieure du pharynx, et qu'on voit quand on fait ouvrir la bouche au malade, ne venaient éclairer sur la véritable nature de la maladie.

Pronostic. — Le pronostic sera toujours extrêmement grave, puisque sur les quarante malades dont M. Valleix a réuni les observations, on ne compte que neuf guérisons.

Étiologie. — La laryngite sous-muqueuse est tantôt *primitive*, c'est-à-dire constituée par une inflammation primitivement développée dans le larynx ; d'autres fois elle est *consécutive* à l'altération des parties voisines, telles que ulcérations du larynx ou carie de ses cartilages, etc. Rare dans l'enfance, on a surtout vu la maladie chez les individus âgés de dix-huit à trente ans ; elle paraît être beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Bayle a reconnu que le plus souvent la laryngite sous-muqueuse survenait pendant la convalescence des maladies fébriles et très rarement dans un état de santé parfaite ; opinion qui a été confirmée récemment par les recherches de M. Valleix ; sur quarante malades, dit ce médecin, l'angine n'aurait été primitive que quatre fois. Les affections chroniques du larynx avec ulcérations paraissent surtout y prédisposer (Trousseau et Belloc). Dans la plupart des cas, la maladie survient sans cause déterminante ; quelquefois elle succède à l'impression du froid.

Traitement. — Au début, il faut recourir aux émissions sanguines générales et locales, et aux dérivatifs sur le tube intestinal. On prescrit les vomitifs dans le double but de produire une révulsion et d'opérer une diminution dans l'engorgement des parties, par suite de la compression qu'exerce sur elles le pharynx convulsivement contracté pendant l'acte du vomissement. Enfin, on aura recours en outre aux révulsifs cutanés, tels que sinapismes aux extrémités inférieures, large vésicatoire à la nuque ou au-devant du cou. On a aussi proposé la déchirure du bourrelet œdémateux ; M. Lisfranc l'opère avec un bistouri à lame étroite et garnie de linge jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la pointe. M. Legroux arrive au même résultat avec l'ongle de l'indicateur, qu'il taille inégalement. Les observations faites par ces deux médecins méritent de fixer l'attention : cependant, d'après ce que nous avons dit précédemment, nous croyons que ce moyen est rarement applicable, précisément en raison de la difficulté qu'on éprouve à sentir le bourrelet qu'il s'agit d'inciser ou de lacérer. Quand tout cela échoue, il faut se hâter de pratiquer la laryngo-trachéotomie avant que l'asphyxie soit trop avancée. Il vaut mieux ici, comme pour le croup, pécher par précipitation que de rester trop en retard ; car si on n'opère que lorsque le sang veineux remplit déjà tous les organes, il arrive fréquemment que les malades succombent, lors même que la trachéotomie a été suivie en apparence du rétablissement des fonctions respiratoires et circulatoires.

2° *Laryngite sous-glottique.*

On possède très peu d'exemples de la laryngite sous-glottique décrite par M. Cruveilhier. Dans cette maladie, comme dans la forme précédente, le calibre du larynx est obstrué parce que la muqueuse est soulevée par du pus formé au-dessous d'elle ; il y a alors assez généralement dénudation et nécrose du cartilage cricoïde. Celui-ci finit par se séparer, il peut être expulsé par l'œsophage ou le larynx, suivant que l'abcès s'ouvre dans l'un ou dans l'autre de ces organes.

La laryngite sous-glottique a une marche plus lente que celle qui siége au-dessus de la glotte ; la douleur se fait sentir plus inférieurement que dans cette dernière, et elle s'accompagne moins fréquemment de gêne dans la déglutition : mais il existe dans l'une comme dans l'autre une respiration sifflante et des accès de suffocation. Le traitement ne varie pas dans les deux cas.

DE LA LARYNGITE CHRONIQUE.

La laryngite existe souvent à l'état chronique ; cependant sous cette dénomination la plupart des auteurs ont réuni des altérations très diverses, depuis la simple injection, avec ou sans ramollissement, de la membrane muqueuse, jusqu'à son ulcération, qui s'accompagne souvent elle-même de la destruction des tissus subjacents. Ces ulcérations sont communément regardées comme constituant le caractère anatomique d'une forme de la laryngite chronique désignée sous le nom de *phthisie laryngée*, en raison des symptômes de consomption qui l'accompagnent. En traitant de l'anatomie pathologique, nous verrons si dans l'état actuel de la science on peut admettre une phthisie laryngée idiopathique. Quoi qu'il en soit, il importe pour le moment de maintenir encore la distinction qu'on a faite de la laryngite en *simple bénigne* ou *non ulcéreuse*, et en *grave* ou *ulcéreuse*.

Caractères anatomiques. — Il arrive assez fréquemment qu'en examinant le larynx d'individus qui ont présenté pendant plusieurs années des symptômes de laryngite chronique *simple*, on ne trouve aucune lésion appréciable de la membrane muqueuse. Dans la plupart des cas, cependant, on constate diverses altérations : ainsi tantôt la membrane muqueuse est injectée, bleuâtre, ou de couleur ardoisée ; ailleurs elle est pâle, mais mamelonnée et épaissie, plus résistante ou plus friable ; enfin l'appareil folliculaire peut avoir subi une sorte d'hypertrophie. Ces lésions occupent rarement toute l'étendue du larynx ; elles sont ordinairement limitées à une portion de l'organe, et se montrent surtout sur les cordes vocales, les ventricules ou l'épiglotte. Enfin on a prétendu que, dans un degré plus avancé, on pouvait observer des ulcérations.

Jusque dans ces derniers temps, on a regardé les ulcérations comme succédant fréquemment aux inflammations idiopathiques de la muqueuse du larynx ; cependant une observation plus attentive a aujourd'hui mis hors de doute que, dans la presque totalité des cas, sinon dans tous, les ulcérations du larynx sont symptomatiques. Ainsi, à l'état aigu, on ne les observe que dans le cours de la morve, de l'affection typhoïde, plus rarement dans la variole ou après l'emploi du tartre stibié à haute dose ; à l'état chronique, elles se lient presque toujours à l'existence de tubercules pulmonaires ; enfin, dans quelques cas fort rares, elles sont consécutives à l'infection syphilitique. Est-ce à dire pourtant que les ulcérations du larynx ne puissent jamais être primitives ? Je suis loin d'en contester la possibilité ; cependant je prétends que ce fait doit être excessivement rare ;

car, dans les nombreuses autopsies que j'ai faites depuis seize ans, je n'en ai encore rencontré aucun exemple, et dans les recherches auxquelles je me suis livré dans les auteurs, il m'a été impossible aussi d'en trouver aucun qui fût bien authentique. Je dirai même que les sept observations que M. Trousseau a rassemblées comme exemples de laryngite chronique avec ulcérations essentielles ne sont point concluantes, puisque, s'il est vrai qu'il n'existât aucun tubercule pulmonaire, il n'est pas aussi bien démontré pour moi qu'elles n'aient pas été l'effet d'une infection vénérienne. Je le répète donc, je ne nie pas absolument la possibilité des ulcérations primitives, idiopathiques; je dis seulement qu'elles sont rares, tellement rares, que, lorsqu'on les rencontre sur les cadavres ou qu'on les soupçonne sur le vivant, il faut supposer l'action de quelques unes des causes générales que j'ai précédemment signalées. Nous n'avons pas à nous occuper dans cet article des ulcérations symptomatiques, qui d'ailleurs se forment très probablement d'après un mécanisme différent de celui qui préside au développement des ulcérations de nature inflammatoire. (Voir les articles qui les concernent.)

Symptômes. — Dans la laryngite chronique, la voix est constamment altérée; elle est parfois seulement voilée; d'autres fois elle est rauque, dure, inégale; les sons aigus ne peuvent plus être produits. Cet enrouement varie beaucoup dans la journée : il est, en général, plus marqué le matin que le soir; quelquefois c'est le contraire. Il diminue par le séjour au milieu d'une température élevée, et s'aggrave par l'exposition au froid et à l'humidité. Enfin la voix s'éclaircit souvent pendant le travail de la digestion, à moins pourtant que les malades n'aient pris des alcooliques en trop grande quantité. Le larynx est le siége d'un sentiment de gêne plutôt que d'une véritable douleur; ce qui excite les malades à faire des efforts d'expiration comme pour expulser un corps étranger qui serait engagé dans la partie supérieure du tuyau vocal. Les crachats qui sont expulsés, surtout le matin, au moment du réveil, sont d'un blanc jaunâtre, quelquefois pelotonnés, sans caractères particuliers. Il est rare que la pression exercée extérieurement excite quelques douleurs; on ne constate aucune augmentation de volume du larynx. Si on ausculte cet organe, on trouve souvent que le bruit laryngien est plus rude, il est comme *râpeux* (Barth et Roger). Ce caractère d'ailleurs n'a pas grande importance. Dans la laryngite chronique simple, il n'existe que des accidents locaux; sous tous les autres rapports, en effet, les malades jouissent d'une santé parfaite.

Marche, durée et terminaisons. — Cette maladie a une marche lente : elle peut présenter des exacerbations et passer momentanément à l'état aigu. Sa durée est indéterminée : elle peut persister pendant un grand nombre d'années sans influencer d'aucune sorte la santé générale. On a dit pourtant que, lorsqu'elle se prolongeait, elle pouvait dégénérer en *phthisie*, par suite de la production d'ulcérations. Nous nous sommes déjà expliqué précédemment sur cette possibilité.

Diagnostic. — Le diagnostic de la laryngite chronique ne présente aucune difficulté; mais il importe surtout de bien distinguer la laryngite

simple des différentes espèces d'ulcérations qui peuvent se former dans le larynx. Ainsi, lorsqu'un malade qui a de l'enrouement maigrit, lorsqu'il a de la fièvre le soir, et des sueurs pendant le sommeil de la nuit, il faudra soupçonner une affection tuberculeuse des poumons, et presque toujours l'auscultation et la percussion de la poitrine donneront de la réalité à ces présomptions. L'enrouement dépend-il d'une infection syphilitique, il sera plus considérable que dans la laryngite simple; il s'accompagnera souvent d'une expectoration purulente; il existera en outre des signes de syphilis constitutionnelle, tels que des syphilides, des exostoses, des douleurs ostéocopes, et surtout des ulcérations caractéristiques sur la langue, les amygdales, le voile du palais et le pharynx. Si ces signes manquent, on aura recours aux commémoratifs. Ajoutons que les phénomènes de consomption n'existent jamais dans la laryngite simple : aussi, lorsqu'on ne peut rattacher ceux-ci à aucune lésion tuberculeuse des poumons, on devra considérer les accidents qu'on observe du côté du larynx comme étant de nature syphilitique. Enfin le cancer du larynx se traduit par des signes tellement évidents, qu'il sera impossible de le confondre avec une laryngite simple. (Voir les articles *Phthisie pulmonaire* et *Syphilis.*)

Pronostic. — La laryngite chronique simple est une affection toujours bénigne.

Étiologie. — Rare chez les enfants, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, la laryngite chronique affecte spécialement les individus qui, par état, fatiguent beaucoup les organes de la voix, surtout lorsque leurs professions les exposent en outre aux intempéries de l'air : tels sont les marchands et chanteurs ambulants. Les excès alcooliques ont également une grande influence. C'est à cette triple cause surtout qu'il faut rapporter ces laryngites chroniques qui sont si communes chez les filles publiques de bas étage. Il ne paraît pas, comme on l'a cru pendant longtemps, que l'exposition aux vapeurs irritantes, et surtout que l'inspiration des corps pulvérulents soient des causes actives de laryngite chronique. Il n'en est plus de même de l'introduction dans le larynx de corps étrangers volumineux, comme des noyaux de fruits, des corps métalliques, des pièces de monnaie, etc., dont le séjour prolongé peut être suivi de pneumonie ou de la production de tubercules pulmonaires; quelquefois pourtant il n'y a qu'une laryngite, probablement avec ulcérations, attendu qu'elle s'accompagne d'amaigrissement et de fièvre hectique; ces accidents cèdent rapidement dès que le corps étranger a été extrait ou qu'il a été expulsé par la nature.

Traitement. — Il faut d'abord éloigner les causes qui ont paru présider au développement de la maladie. Si l'enrouement est considérable, les malades s'abstiendront de parler; s'il existe de la douleur et des symptômes subaigus, on fera une application de sangsues au-devant du larynx, ou bien on mettra quelques ventouses à la nuque. Cependant les antiphlogistiques ne conviennent que dans le plus petit nombre des cas et d'une manière passagère : les révulsifs, au contraire, sont toujours indiqués. Parmi ceux-ci, on doit mettre en première ligne le vésicatoire volant, ou mieux encore placé à demeure, au-devant du cou ou à la nuque; les frictions avec

l'huile de croton et la pommade stibiée; les douches ascendantes, sulfureuses ou alcalines. On a encore conseillé le séton à la nuque ou le long du larynx, ou bien encore des cautères sur les parties latérales du cou; mais nous ne croyons pas qu'on doive employer contre une affection bénigne des remèdes aussi violents et qui laissent des traces indélébiles. Lorsque la toux est fréquente, on la modère souvent par l'emploi des narcotiques: telles sont les pilules d'opium, ou bien les fumigations de datura stramonium, substance que les malades pourront également fumer. Enfin on pourra encore se servir d'emplâtres et de pommades stupéfiantes. Dans ces derniers temps, MM. Trousseau et Belloc ont beaucoup insisté pour opposer à la laryngite chronique une médication topique. Il ne paraît pas que les substances aromatiques excitantes, administrées sous forme sèche ou humide, aient eu des résultats très avantageux; mais il n'en est pas de même des astringents, et surtout des caustiques, comme le nitrate d'argent M. Trousseau a, en effet, obtenu par ces moyens des succès incontestables. Le nitrate d'argent est employé en solution (2 à 4 grammes pour 4 grammes d'eau distillée). Si on veut cautériser la partie supérieure du larynx, on prend une baleine recourbée et armée d'un morceau d'éponge qu'on trempe dans la solution caustique. On fait alors ouvrir largement la bouche au malade; puis, attirant la langue en avant, et déprimant sa base, on met à découvert l'épiglotte, au-dessous de laquelle on insinue l'éponge, qui pénètre ainsi dans le larynx et le cautérise. On peut encore se servir, pour la même opération, d'une seringue d'argent semblable à celle d'Anel, dont le siphon a 15 centimètres de longueur et se recourbe fortement à son extrémité. L'ouverture du siphon aura un demi-millimètre de diamètre. Enfin le même médecin a souvent employé les insufflations de sous-nitrate de bismuth, de sulfate de zinc, de cuivre, d'acétate de plomb, combinés avec une quantité de sucre variable (de 2 à 36 fois leur poids). Ces insufflations pourront être faites par le malade à l'aide d'un tube ayant 24 à 30 centimètres de long, sur 4 à 6 millimètres de diamètre; il introduit une des extrémités de ce tube, chargé de poudre médicamenteuse, le plus profondément qu'il peut dans la gorge, puis faisant une grande inspiration, il entraîne le médicament, que la colonne d'air fait pénétrer en partie dans le larynx. Quoique l'emploi de tous ces moyens semble justifié par quelques succès, ceux-ci ne sont pas encore tellement multipliés qu'on puisse user de tous ces remèdes avec une égale confiance.

DE LA TRACHÉITE AIGUE ET CHRONIQUE.

Je ne veux point traiter spécialement de la trachéite, car chacun sait que l'inflammation est rarement bornée à cet organe; mais elle y arrive presque toujours par extension soit du côté des bronches, soit du côté du larynx. Dans les cas rares où la trachéite existe seule, on constate un léger sentiment de gêne et de picotement à la partie inférieure du cou; il existe un peu de toux, et les malades rejettent quelques crachats filants, transparents ou opaques; quelques uns se plaignent d'être oppressés; il n'y a

presque jamais de fièvre. Il est, je crois, sans exemple que la trachéite ait mis jamais la vie des malades en péril.

La trachéite peut exister à l'état chronique; comme la laryngite, elle peut être simple ou avec ulcérations. On a voulu faire de cette dernière une forme spéciale de phthisie (phthisie trachéale) ; M. Cayol l'a décrite dans sa thèse. Mais il est reconnu aujourd'hui que les ulcères de la trachée ne sont jamais indépendants, que toujours ils coexistent avec la phthisie pulmonaire ou avec des ulcérations du larynx, se liant elles-mêmes presque toujours à la même cause ou à une infection syphilitique ou farcineuse.

DE LA BRONCHITE.

SYNONYMIE. — Rhume; catarrhe pulmonaire; fièvre catarrhale inflammatoire.

Le mot *bronchite* sert à désigner l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches. Cette expression est préférable à celle de *catarrhe pulmonaire*, qui donne l'idée d'un flux muqueux souvent indépendant d'un travail inflammatoire, et parce qu'en outre il peut y avoir phlegmasie de la muqueuse des bronches, sans que pour cela il y ait nécessairement augmentation dans la sécrétion de cette membrane.

Historique et divisions. — La bronchite, quoique très anciennement connue, n'est pourtant bien décrite que depuis les immortels travaux de Laënnec. Parmi les nombreuses divisions qu'on a admises dans l'histoire de cette affection, il en est quelques unes d'importantes, et qu'il faut maintenir; telle est d'abord la division de la bronchite en *aiguë* et en *chronique*, puis la distinction de la première en bronchite *simple*, *capillaire* et *pseudo-membraneuse*. La bronchite capillaire, qui correspond au catarrhe suffocant des auteurs, n'a été bien décrite que dans ces derniers temps; elle l'a été d'abord par MM. Delaberge et Monneret, par le docteur Foucart (*Thèse*, année 1842), et par M. Fauvel, qui a publié ses recherches dans sa thèse d'abord (1840), et plus tard dans le tome II des *Mémoires de la Société médicale d'observation* de Paris. Enfin, plus récemment, MM. Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe, médecins de l'Hôtel-Dieu de Nantes, ont donné une excellente relation d'une épidémie de bronchite capillaire qu'ils ont observée en commun, de 1840 à 1841.

Caractères anatomiques. — Les bronches enflammées contiennent une quantité plus ou moins considérable d'un mucus blanc, visqueux, aéré ou opaque et purulent. La membrane muqueuse est rouge; l'injection est disposée en arborisation, en plaques, en zones ou en piqueté; il est rare qu'on puisse constater une augmentation d'épaisseur du tissu. Plus fréquemment on trouve celui-ci ramolli et grenu; il ne paraît pas qu'on ait jamais observé ni la suppuration du tissu cellulaire sous-jacent, ni la gangrène de la muqueuse bronchique. Ces caractères anatomiques de l'inflammation sont plus ou moins étendus; presque toujours on les trouve dans les deux poumons à la fois, mais ils sont limités à un certain nombre de bronches. Souvent ils ne dépassent pas les gros tuyaux, d'autres fois ils n'existent que dans les ramifications les plus ténues; on dit alors que la bronchite

est *capillaire*. En incisant dans ces cas les petites bronches, on les trouve remplies par une matière mucoso-purulente, épaisse, non aérée, qui les oblitère depuis les deuxième ou troisième divisions jusqu'aux ramifications capillaires. Ces mucosités finissent par produire mécaniquement une dilatation uniforme de ces conduits, laquelle d'ailleurs est un peu moins marquée chez l'adulte que chez les enfants. La membrane muqueuse, ayant son épaisseur et sa consistance normales, est d'un rouge intense, et cette rougeur va en s'affaiblissant des grosses ramifications vers les petites; d'autres fois c'est le contraire qu'on observe. L'obstruction des petites bronches, lorsqu'elle est générale, produit nécessairement une dilatation des vésicules (*emphysème vésiculaire*), surtout sur les bords tranchants de l'organe ; plus rarement on voit un peu d'emphysème interlobulaire; lésions qui expliquent pourquoi les poumons, loin de s'affaisser lorsqu'on ouvre la poitrine, tendent, au contraire, à s'échapper de cette cavité. Presque toujours aussi on constate des pneumonies lobulaires. L'inflammation du poumon, généralement plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, a été notée chez presque tous les sujets ouverts par les médecins de Nantes. M. Fauvel a fait voir en outre que, chez les enfants, un grand nombre des vésicules dilatées contenaient la même matière que les bronches, mais elle s'y montre sous forme de granulations blanchâtres ou jaunâtres; il faudrait bien se garder de confondre celles-ci avec les granulations tuberculeuses, auxquelles elles ressemblent par leur forme et leur volume. Les poumons de ces sujets sont, en général, rosés à la coupe; les ganglions bronchiques sont souvent gonflés, rouges, ramollis, du moins chez les enfants.

Il y a une bronchite pseudo-membraneuse anatomiquement caractérisée par la production, dans les tuyaux bronchiques, de fausses membranes analogues à celles que nous avons rencontrées dans le croup. Elles se présentent sous forme de petits cylindres blancs, élastiques, ordinairement bornés aux petites divisions bronchiques ; en les soulevant et en tirant sur elles avec précaution, on parvient quelquefois à en extraire un nombre assez considérable, se composant d'une tige centrale de laquelle partent une foule de divisions pénétrant chacune dans une ramification capillaire. La bronchite pseudo-membraneuse accompagne quelquefois la bronchite capillaire.

Symptômes, marche, terminaisons, durée. — Dans sa forme la plus bénigne, la bronchite ne produit d'autre accident qu'une toux peu forte, à peine douloureuse, avec expectoration de quelques crachats muqueux. Il n'y a, en général, ni malaise ni fièvre ; pourtant l'appétit est un peu diminué, ou bien les aliments semblent moins sapides. Cette incommodité, vulgairement appelée *rhume*, succède souvent au coryza ; elle disparaît fréquemment au bout de quelques jours : d'autres fois elle se prolonge pendant un temps plus ou moins long.

La bronchite aiguë intense est souvent précédée de prodromes, surtout lorsqu'elle survient d'une manière spontanée : ainsi il y a du malaise, des horripilations, de la sensibilité au froid, de l'inappétence, du coryza, une

céphalalgie vive, etc. Dès que la bronchite est confirmée, les malades accusent un sentiment de gêne et de pesanteur dans la poitrine, parfois un chatouillement incommode, ou bien une douleur obtuse, contusive ou déchirante derrière le sternum ; une constriction à la base et sur les côtés du thorax. Ces souffrances s'exaspèrent par la toux ; celle-ci s'accompagne fréquemment de douleurs vives, déchirantes, qui suivent la direction de la trachée-artère et des bronches. La toux est un symptôme très pénible pour les malades. Elle est spontanée, ou bien elle est provoquée par la parole, par les mouvements du corps, par les émotions et l'impression d'un air froid, etc. Un chatouillement ayant son siége vers la partie supérieure de la trachée la précède de peu d'instants. La toux se reproduit ordinairement sous forme de *quintes*, c'est-à-dire qu'une seule inspiration est suivie de cinq ou six secousses successives. Ces accès, qui sont toujours plus forts et plus fréquents le soir et surtout pendant la nuit, empêchent quelquefois tout à fait le sommeil. Si elles se reproduisent sans interruption pendant plusieurs minutes, on voit alors les jugulaires se gonfler, la face se congestionne, les yeux deviennent larmoyants, les malades accusent de la céphalalgie et un grand malaise. Si les quintes sont fréquentes, elles produisent un endolorissement de l'épigastre, des hypochondres et vers les attaches du diaphragme. Enfin, les accès de toux, s'ils sont violents ou s'ils surviennent pendant le travail de la digestion, s'accompagnent de nausées, de vomissements alimentaires, bilieux ou glaireux. La toux, qui est tantôt rauque, tantôt plus ou moins éclatante, est d'abord sèche ; mais elle ne tarde pas, au bout d'un ou de plusieurs jours, à être suivie d'une expectoration formée d'abord par des crachats muqueux, aqueux, quelquefois striés de sang et d'une saveur salée. En dehors des quintes, l'oppression est généralement peu considérable. La poitrine percutée rend partout un son naturel; l'auscultation fait constater, au contraire, l'existence des râles sibilant et ronflant. Si la sécrétion bronchique est assez considérable, il existe aussi un râle muqueux ou sous-crépitant; celui-ci, si on en excepte les cas de bronchite capillaire, siège presque toujours à la racine des bronches ou à la base de l'un et de l'autre poumon (1). Le bruit naturel de la respiration est quelquefois devenu puéril; souvent il est affaibli ou masqué : quelquefois il est tout à fait suspendu, en raison de l'occlusion momentanée des tuyaux bronchiques par quelques mucosités; mais dès que celles-ci se sont déplacées, soit spontanément, soit après des efforts de toux, le bruit respiratoire reparaît. Cette occlusion momen-

(1) Le râle *sibilant* donne la sensation d'un petit sifflement prolongé, aigu ou grave ; d'autres fois il ressemble davantage au gazouillement des oiseaux. Le râle *sonore* ou *ronflant*, au contraire généralement plus bruyant, consiste en un bruit qui imite le ronflement d'un homme qui dort, ou le roucoulement de la tourterelle, ou celui que donne une corde de basse qu'on frotte avec le doigt. Le premier paraît se passer dans les petites bronches, le second dans les plus grosses. Ils s'expliquent l'un et l'autre par le rétrécissement des tuyaux aériens, produit par le boursouflement de la muqueuse ou par des mucosités très adhérentes. Ces deux râles sont souvent désignés sous le nom de *râles secs :* on les entend indifféremment pendant

tanée des bronches peut également suspendre les râles sibilant et ronflant. Enfin, le râle muqueux étant produit par le passage de l'air à travers des mucosités, on conçoit qu'il puisse à son tour cesser d'être perçu, lorsque les liquides se déplacent et surtout aussitôt qu'ils ont été expulsés.

Indépendamment de ces symptômes locaux, la bronchite aiguë intense s'accompagne de phénomènes généraux et sympathiques : ainsi les malades accusent de la céphalalgie sus-orbitaire et du malaise ; ils ont des horripilations ; la peau est chaude, moite, le pouls accéléré, la langue blanche, la soif vive, l'appétit nul. Souvent la plupart de ces symptômes s'exaspèrent le soir et constituent une sorte de paroxysme.

Cependant, après avoir persisté ainsi à l'état aigu, les symptômes généraux et sympathiques diminuent d'intensité, les quintes sont moins pénibles, moins fréquentes ; la sécrétion bronchique augmente, elle est blanche, opaque, verdâtre. Le vulgaire dit alors que *le rhume mûrit* : c'est la période dite de *coction* des anciens auteurs.

La bronchite se termine presque toujours par résolution ; d'autres fois elle passe à l'état chronique. Elle n'a jamais une issue funeste, excepté chez les sujets très affaiblis par l'âge ou par quelque maladie grave. Lorsque la mort survient dans le cours d'une bronchite, elle résulte toujours de ce que la phlegmasie s'est propagée aux petites ramifications (*bronchite capillaire*) ou au parenchyme pulmonaire (*pneumonie*), ou bien encore de ce que les mucosités ayant été sécrétées en grande abondance, et les forces ne suffisant plus pour les expulser, s'accumulent dans l'arbre aérien, gênent l'entrée de l'air, et déterminent l'asphyxie. La durée varie entre quelques jours et plusieurs mois ; elle est en général d'autant plus longue que la saison est plus froide et plus humide, que les individus sont plus faibles, plus délicats, et que la maladie a déjà récidivé un plus grand nombre de fois.

Variétés. — La bronchite aiguë peut présenter quelques modifications dans ses symptômes généraux et locaux. Ainsi, affecte-t-elle des sujets pléthoriques, vigoureux, on observera le cortége ordinaire de la fièvre angioténique : les auteurs disent alors qu'il y a un catarrhe *inflammatoire*. D'autres fois il existe concurremment des symptômes bilieux ; c'est ainsi qu'un grand nombre des affections que Stoll a observées dans le siècle dernier, et qu'il a décrites comme des pneumonies bilieuses, n'étaient, pour la plupart, que des bronchites intenses, compliquées d'un état bilieux qui, à cette époque, était le caractère prédominant de la constitu-

l'inspiration et pendant l'expiration. Le râle *sous-crepitant*, qu'on a comparé au bruit qu'on fait en soufflant avec un chalumeau dans de l'eau de savon, est caractérisé par des bulles un peu grosses et humides, inégales entre elles, et qu'on entend *surtout*, mais *non exclusivement*, pendant l'inspiration ; il forme la transition entre le râle *crépitant sec* de la pneumonie et le râle *muqueux*. Celui-ci est constitué par des bulles plus grosses, plus humides et plus rares ; il produit quelquefois un véritable gargouillement. Ces deux derniers râles sont déterminés par le passage de l'air à travers un liquide. Le premier se passe *peut-être* dans les vésicules ; le second est produit dans les bronches.

tion médicale de l'Europe. C'est encore à la bronchite qu'il faut rapporter les nombreuses relations qu'on trouve sur diverses fièvres catarrhales bilieuses qui ont souvent régné épidémiquement à la même époque. Il y a encore une bronchite qu'on peut appeler *latente ;* car elle ne se révèle le plus ordinairement que par une toux sèche qu'on regarde souvent comme étant nerveuse, et comme un résultat sympathique de la souffrance d'un autre organe : l'auscultation ne fait entendre alors aucun bruit morbide, ni aucune altération du murmure vésiculaire. Tout porte à penser que dans ces cas la phlegmasie est légère et bornée aux premières divisions des conduits aériens. Mais les variétés les plus importantes de la bronchite sont celles dans lesquelles la phlegmasie envahit les petites ramifications, et les obstrue par des mucosités ou par des fausses membranes : ce sont les *bronchites capillaire* et *pseudo-membraneuse*, dont nous avons déjà fait connaître précédemment les caractères anatomiques.

1° *Bronchite capillaire.*— La bronchite capillaire paraît succéder presque toujours à une bronchite ordinaire de médiocre intensité ; ce n'est que dans des cas fort rares que l'inflammation envahit primitivement les petites bronches, et s'annonce aussitôt par des symptômes plus ou moins graves. Dès que la bronchite capillaire existe, on observe une oppression extrême, survenant parfois presque tout à coup. L'inspiration, accompagnée souvent de sifflement, se fait péniblement, et par la contraction convulsive et simultanée de tous les muscles qui peuvent y concourir ; les mouvements respiratoires sont accélérés, surtout chez les enfants, chez lesquels on a quelquefois compté jusqu'à soixante ou quatre-vingts respirations par minute. La toux est fréquente, quinteuse, pénible par les douleurs déchirantes qu'elle excite derrière le sternum. Enfin, après des secousses nombreuses, les malades rejettent quelques mucosités filantes, mousseuses, et des crachats blancs, visqueux, aérés ou parfois striés de sang ; ailleurs ce sont des mucosités jaunâtres, non aérées, dont l'expulsion n'amène aucun soulagement : c'est ce qui eut lieu dans l'épidémie de Nantes. La percussion donne partout un son clair ; il arrive même quelquefois que la sonorité est exagérée, surtout antérieurement, ce qui s'explique par l'emphysème concomitant. L'auscultation révèle, comme précédemment, l'existence des râles ronflant, sibilant, muqueux ; mais le râle sibilant est plus fin, plus ténu : il est général et mêlé au râle sous-crépitant ; enfin, le murmure vésiculaire cesse souvent d'être perçu. Avec un trouble si profond dans les fonctions respiratoires, la parole est brève, saccadée ; le pouls, toujours accéléré, acquiert parfois une fréquence excessive ; la peau est chaude, sèche ou couverte de sueur ; toute l'habitude extérieure exprime la souffrance, l'anxiété. Les malades sont constamment assis, leurs bras arc-boutés pour fournir un point d'appui à quelques uns des muscles inspirateurs ; la figure est pâle, altérée, marbrée ; les lèvres et les joues sont violacées. Cependant cette lutte incessante de l'organisme et l'hématose qui se fait si incomplétement finissent par épuiser les forces. Au bout de quelques jours de réaction, les malades s'affaissent, la respiration diminue de fréquence sans devenir plus facile ; les râles persistent au même degré, excepté le

râle sous-crépitant, qui ordinairement diminue ou cesse même complétement. L'expectoration est en même temps plus pénible; des mucosités, s'accumulant dans l'arbre aérien, y déterminent, par le passage alternatif de l'air, un bruit de râlement ou de gargouillement. La teinte violacée de la face est plus foncée; on observe la même coloration aux pieds et aux mains; quelquefois même des vergetures, des plaques violacées se dessinent sur toute la surface du corps; le pouls perd de sa force, sa fréquence augmente, et il devient irrégulier. Les malades s'affaissent de plus en plus; ils tombent dans la somnolence, et succombent lentement en conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité des facultés intellectuelles. Si, au contraire, la maladie doit avoir une heureuse issue, on voit diminuer simultanément le nombre des respirations et l'anxiété. Les râles sont moins bruyants, moins étendus, moins nombreux, ce qui indique que le poumon est devenu plus perméable; la peau perd peu à peu sa coloration violacée; enfin, la convalescence se déclare. Cependant les malades présentent souvent pendant longtemps encore tous les symptômes d'une bronchite simple.

Les accidents propres à la bronchite capillaire cessent après une durée variable; celle-ci est rarement moindre de cinq jours, et ne dépasse guère dix ou quinze. Lorsque la mort survient, elle a communément lieu dans cet intervalle. La convalescence est toujours assez longue; cette maladie est très sujette à récidive.

2° *Bronchite pseudo-membraneuse.* — Les symptômes que je viens d'indiquer sont précisément ceux qu'on observe dans la bronchite *pseudo-membraneuse*. Celle-ci ne se distingue de la précédente que par les caractères de l'expectoration, qui sont extrêmement remarquables. Les malades rejettent, en effet, après des quintes de toux plus ou moins répétées, des fausses membranes aplaties, rubanées, tubulées, ramifiées, donnant quelquefois l'image d'une racine avec son chevelu. Les malades sont généralement tous soulagés après cette expulsion; mais les signes de suffocation et d'asphyxie reparaissent aussitôt que la fausse membrane s'est reproduite. Dans deux cas observés par MM. Barth et Cazeaux, l'auscultation, indépendamment des râles sibilant et ronflant, avait fait distinguer un *petit bruit de soupape*, qui se produisait probablement lorsque les fausses membranes, en partie détachées, flottaient dans l'arbre aérien.

Diagnostic. — Le diagnostic de la bronchite est presque toujours facile; en effet, le caractère de la toux et de l'expectoration, la sonorité conservée de la poitrine et la nature des râles secs et humides, ne permettront de la confondre avec aucune autre maladie aiguë de poitrine. La bronchite capillaire offre des caractères non moins tranchés, et l'on verra plus tard qu'il n'est pas possible de la confondre avec la coqueluche ni avec la pneumonie. La bronchite pseudo-membraneuse, malgré l'oppression qui l'accompagne et le rejet des fausses membranes, ne pourra non plus être confondue avec le croup, en raison de l'absence de la respiration sifflante, de l'enrouement, de l'aphonie, de la toux et de la voix croupales. On la distinguera aisément de la laryngite striduleuse, maladie presque apyrétique, qui détermine une suffocation arrivant par accès; en

outre on ne trouve pas à l'auscultation les râles bruyants, ni à la percussion la sonorité d'emphysème qu'on observe dans la bronchite capillaire.

Pronostic. — Le pronostic de la bronchite capillaire est très grave, puisque cette maladie emporte à peu près le sixième des adultes et les sept huitièmes des enfants qui en sont atteints. Chez ces derniers, pourtant, il ne faut pas oublier que la bronchite capillaire se complique fréquemment de pneumonie lobulaire, qui est une cause de nouveaux dangers. La bronchite pseudo-membraneuse est au moins aussi grave que la précédente. L'inflammation simple des grosses bronches est, au contraire, une affection bénigne dont l'issue est constamment heureuse, excepté chez quelques vieillards, chez les petits enfants, et généralement chez tous les sujets débilités.

Étiologie. — La bronchite est une maladie très commune; il est rare qu'un même individu n'en soit pas atteint plusieurs fois dans le cours de son existence. Plus fréquente pourtant aux deux extrêmes de la vie, elle paraît être aussi plus commune chez l'homme que chez la femme (Louis et Rufz), ce qui dépend probablement des conditions hygiéniques différentes auxquelles les deux sexes sont inégalement exposés. La prédisposition à la bronchite est d'autant plus grande qu'on en a déjà été atteint un plus grand nombre de fois. Cette maladie survient, dans la grande majorité des cas, d'une manière en apparence spontanée, et sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause déterminante; mais assez souvent néanmoins elle est consécutive à l'action du froid, à un refroidissement partiel de la tête ou des pieds, ou bien à des variations brusques de température : aussi la maladie est-elle plus fréquente dans l'hiver, au printemps et en automne. C'est dans ces saisons qu'on la voit quelquefois régner épidémiquement. Il est des bronchites qui sont *symptomatiques;* nous n'avons pas à nous en occuper ici : ce sont celles qu'on observe dans la rougeole et dans la fièvre typhoïde. On les voit souvent devenir capillaires.

Traitement. — Le traitement doit varier suivant l'intensité de la maladie. Si la bronchite est bénigne et tout à fait apyrétique, il suffira que les malades observent une bonne hygiène; ils useront avec avantage des boissons et des pâtes pectorales. C'est dans cette forme de la maladie que quelques personnes ont préconisé divers moyens pour faire avorter l'inflammation; ainsi Laënnec, d'accord en cela avec le vulgaire, conseillait l'usage des spiritueux (vin, punch, eau-de-vie) pris chauds, de manière à exciter une forte diaphorèse; d'autres ont employé des purgatifs doux, des révulsifs cutanés. Ces derniers moyens sont toujours utiles. Quant aux excitants diffusibles, il faut en restreindre l'emploi aux malades qui ne sont point pléthoriques, qui n'ont aucune phlegmasie gastro-intestinale, ni aucune tendance à contracter une pneumonie. Il est d'ailleurs généralement prudent de s'abstenir de ces moyens. M. Forget use en pareil cas d'une méthode plus sage; il donne l'opium à dose modérée, et enlève ainsi souvent la maladie en peu de jours.

Si la bronchite est plus intense, si elle s'accompagne de fièvre, il faut prescrire un repos absolu, la diète, les mêmes boissons douces que pré-

cédemment ; et si le pouls est large, la chaleur élevée, l'oppression forte, on devra pratiquer une et même plusieurs émissions sanguines. Il faut ordinairement préférer l'ouverture de la veine aux sangsues; on y joindra l'emploi de pédiluves irritants et de purgatifs doux. Si la poitrine est douloureuse, on pourra appliquer avec avantage, au-devant du sternum, un cataplasme émollient, qu'on recouvrira d'un taffetas ou d'une flanelle, afin de prévenir son refroidissement. Les vomitifs sont d'un usage fréquent dans la bronchite ; on les emploie dans deux cas, ou bien pour combattre des symptômes bilieux, ou pour favoriser l'expectoration. Lorsqu'en effet, par une cause quelconque, les mucosités sont incomplétement expulsées et s'accumulent dans les bronches, l'émétique et l'ipécacuanha en provoquent l'expulsion pendant les secousses du vomissement. Ces substances ont en outre l'avantage d'exciter la diaphorèse. Les vomitifs peuvent et doivent même être administrés dans la plupart des cas, bien qu'aucun accident gastrique ne semble en réclamer l'emploi. C'est un moyen que M. Girard, de Marseille, a beaucoup préconisé dans les bronchites aiguës avec fièvre (*Archives* de 1843). La toux est un symptôme bien incommode, et qui exige des moyens spéciaux. On emploiera contre elle les pédiluves irritants, et surtout les préparations d'opium en pilules ou en potion ; enfin, dans les cas les plus rebelles, on essaiera l'emploi d'un bain tiède un peu prolongé. Ce moyen réussit surtout chez les enfants.

Lorsque tous les accidents aigus ont cessé, lorsque, les signes de congestion ayant cédé, la toux et l'expectoration persistent, on devra insister sur la médication révulsive, c'est-à-dire sur les purgatifs, sur les sudorifiques en boissons, ou appliqués à l'extérieur, tels que les bains de vapeur, les frictions sèches aromatiques sur la peau, les emplâtres excitants, rubéfiants, vésicants, sur la poitrine (sparadrap, poix de Bourgogne, vésicatoires). On associera à ces moyens l'usage de quelques boissons légèrement excitantes, telles que le lichen, le lierre terrestre, l'hysope, le polygala, etc. Enfin, si la maladie a passé tout à fait à l'état chronique, on prescrira la série de moyens dont nous parlerons plus bas.

Dans la bronchite capillaire, on insistera sur la médication antiphlogistique et révulsive : cependant il faut bien éviter de trop prodiguer la saignée, dans la crainte d'épuiser les forces. D'ailleurs, si nous consultons notre propre observation, nous dirons que la saignée produit généralement un soulagement beaucoup moins prompt et moins marqué que ne le font les vomitifs, après l'emploi desquels les malades respirent toujours mieux. On devra donc les répéter plusieurs fois à quelques jours de distance : c'est une méthode dont M. le professeur Michel Lévy a récemment constaté les bons effets à l'hôpital du Val-de-Grâce, ainsi que cela résulte d'un travail publié en 1845 dans la *Gazette médicale*, par M. Chambert. La médication vomitive est aussi applicable, spécialement aux cas de bronchite pseudomembraneuse. Les purgatifs sont beaucoup moins avantageux. Enfin, lorsque, nonobstant les moyens qui précèdent, l'oppression continue à faire des progrès, on pourra quelquefois conjurer le danger en appliquant

un large vésicatoire sur la partie antérieure du thorax. Dans la seconde période, lorsqu'à la réaction s'unit de l'accablement, il convient de soutenir les forces par quelques toniques, par le polygala, par les macérations de quinquina et par les boissons vineuses; en même temps on donnera les substances dont l'usage est consacré par l'expérience comme favorisant l'expectoration : tels sont en particulier l'oxymel scillitique et le kermès. Dans tous les cas, il faut, surtout chez les vieillards et les enfants, surveiller le décubitus, et donner à ces malades, dans leur lit, la position la plus convenable pour favoriser l'expectoration; on les changera souvent de place afin de prévenir les congestions passives.

DE LA BRONCHITE CHRONIQUE.

La bronchite est souvent chronique; celle-ci est tantôt primitive; tantôt, au contraire, elle est consécutive à l'état aigu.

Caractères anatomiques. — Le lésions diffèrent souvent peu de celles qu'on rencontre dans la forme aiguë. Dans la bronchite chronique pourtant la teinte de la muqueuse est communément violacée, ardoisée : cette couleur est partielle; elle existe uniformément sur une certaine surface, ou bien elle est irrégulièrement disséminée. Il est rare que la membrane soit ramollie, et elle ne l'est jamais au point de se réduire en pulpe par la pression du doigt, comme on le voit si fréquemment sur la muqueuse gastro-intestinale. C'est à tort que quelques auteurs ont signalé les ulcérations comme étant un caractère anatomique assez fréquent de la bronchite chronique. Les recherches des médecins français, celles de MM. Louis et Andral surtout, ont, en effet, démontré que les ulcérations des bronches étaient excessivement rares en dehors de l'affection tuberculeuse. On voit, au contraire, quelquefois la muqueuse chroniquement enflammée subir un épaississement assez considérable pour rétrécir ou même oblitérer tout à fait le calibre des petites ramifications; on y a même vu des concrétions pseudo-membraneuses s'y former comme à l'état aigu. Enfin, il est une autre altération qui coïncide fréquemment avec la bronchite chronique : je veux parler de la dilatation des bronches et de l'emphysème; nous en parlerons ailleurs.

Symptômes. — Dans la bronchite chronique, il n'existe communément aucune douleur de poitrine; quelquefois pourtant les malades éprouvent à l'épigastre et derrière le sternum un sentiment de gêne, de chaleur ou de pression qui est permanent, ou qui ne se réveille passagèrement qu'après les quintes de toux. La respiration n'est pas ordinairement accélérée, du moins lorsque les malades sont au repos : cependant quelques uns ont une dyspnée habituelle, qui augmente par l'exercice, et qui peut quelquefois se montrer sous forme d'accès. La bronchite chronique peut produire, en effet, la série d'accidents qui caractérisent les accès d'asthme; c'est ce qu'on observe spécialement dans les cas où la membrane muqueuse des bronches est épaissie dans une grande étendue. On a encore supposé que ces mêmes accidents pouvaient résulter d'une congestion subite de la mu-

queuse ou de l'obstruction des rameaux bronchiques par des mucosités. Quoi qu'il en soit, dans ces cas, la dyspnée, survenant presque subitement, arrive rapidement à son plus haut degré d'intensité; elle disparaît ordinairement après une expulsion abondante de crachats, et ne laisse après elle d'autres troubles dans les fonctions respiratoires que ceux qui résultent de la bronchite elle-même. La toux et l'expectoration sont les deux symptômes prédominants dans la bronchite chronique. La toux est rare ou fréquente; dans ce dernier cas, elle a lieu par quintes. L'expectoration est facile ou difficile, rare ou abondante; les matières rejetées sont très variables : elles peuvent être grisâtres, jaunâtres, verdâtres, opaques, ou d'un blanc mat ou tout à fait purulentes; elles adhèrent au fond du vase (catarrhe muqueux); ailleurs c'est un liquide incolore, transparent, filant, spumeux à la surface, et qui, lorsqu'on a enlevé cette écume, ressemble à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau (*catarrhe pituiteux*). Mais cette espèce d'expectoration caractérise bien moins la bronchite chronique qu'un flux particulier des bronches, dont nous parlerons plus tard en détail (voir *Bronchorrhée*). La quantité des crachats varie beaucoup; le plus souvent elle est de 40 à 60 grammes; mais elle s'élève quelquefois à plus de 1 kilogramme, et, dans ce cas, il est fréquent de voir les malades rejeter les crachats en grande quantité à la fois, comme si une vomique s'était ouverte dans les bronches; enfin d'autres fois, au contraire, il n'y a point d'expectoration, ou du moins les malades ne rejettent, dans les vingt-quatre heures, que quelques crachats globuleux nacrés, d'un gris de perle, et de consistance d'empois (*c'est le catarrhe sec de Laënnec*). D'ailleurs l'expectoration offre de nombreuses différences chez le même individu; c'est ainsi qu'elle devient plus abondante dans les temps humides, ou après un refroidissement, après l'usage de certains aliments, et généralement après toutes les causes capables d'augmenter la congestion de la membrane muqueuse des bronches.

Dans la bronchite chronique, la sonorité du thorax est normale, et à l'auscultation on constate l'existence des râles ronflant, sibilant, muqueux et sous-crépitant de l'état aigu. Les deux premiers existent souvent dans toute l'étendue des poumons, tandis que les deux autres, le dernier surtout, ne se retrouvent guère qu'en arrière à la base des deux poumons. En général, la bronchite chronique simple ne s'accompagne pas de fièvre, ni d'aucun trouble grave du côté des fonctions digestives et assimilatrices. Cependant, si la sécrétion bronchique est considérable, et si la muqueuse est engorgée dans une grande étendue, il peut y avoir un peu d'amaigrissement; celui-ci dépend souvent aussi du trouble des fonctions digestives.

Marche, durée, terminaisons. — La bronchite chronique persiste, en général, d'une manière continue ou avec des exacerbations pendant plusieurs mois. Si elle naît au commencement de l'hiver, il est rare qu'elle cesse complétement avant les chaleurs de l'été; elle reparaît souvent après les premiers froids; sa durée par conséquent n'a rien de fixe. Cette maladie peut se terminer par résolution; celle-ci est quelquefois hâtée par le

passage de la phlegmasie à l'état aigu : cependant, chez les vieillards, cette recrudescence annonce souvent le début d'une pneumonie. Enfin il paraît que quelquefois la mort a été produite par l'épuisement qu'entraîne toute sécrétion exagérée. Toutefois il est très rare qu'il n'y ait pas alors quelque autre grave altération qui à elle seule explique la mort, ou qui du moins a dû en rapprocher le terme : tels sont surtout les tubercules pulmonaires et les maladies du cœur. Enfin il arrive fréquemment que tous les signes anatomiques de l'inflammation cessent; la muqueuse reprend alors sa couleur, sa consistance et son épaisseur ; mais, nonobstant cela, l'expectoration continue à être tout aussi abondante que par le passé ; la maladie a alors évidemment changé de nature. On ne doit plus voir ici qu'une simple modification, qu'une perversion de la sécrétion qui a eu pour point de départ l'inflammation, mais qui continue ensuite, quoique celle-ci ait disparu. Il est à supposer que la membrane a subi alors une modification toute vitale, et par conséquent insaisissable.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel de la bronchite chronique sera étudié avec soin aux articles *Bronchorrhée* et *Phthisie pulmonaire.*

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que chez les vieillards et les sujets affaiblis. Dans tous les cas, la bronchite chronique constitue une affection incommode, souvent dégoûtante, très rebelle à la thérapeutique, sujette aux récidives et pouvant produire, ou tout au moins favoriser le développement de diverses lésions organiques, comme les anévrismes du cœur et les dilatations des bronches, ainsi que celles des vésicules pulmonaires. Quant aux tubercules qu'on a regardés comme une suite fréquente de la bronchite, nous prouverons plus tard qu'ils en sont complétement indépendants.

Étiologie. — La bronchite chronique se montre à tous les âges, mais elle affecte surtout les vieillards ; elle est rare dans l'enfance. Les sujets d'une constitution molle, lymphatique ; ceux qui habitent les lieux humides ou qui sont exposés aux variations atmosphériques y sont davantage prédisposés. Chez les enfants, la maladie est souvent consécutive à la coqueluche.

Traitement. — Comme dans toutes les autres affections, le traitement de la bronchite chronique doit varier suivant l'état général et local. Il est fort rare que la médication antiphlogistique soit indiquée; il serait utile pourtant d'y recourir si le sujet était fort et si la dyspnée était permanente. Les révulsifs sont, au contraire, toujours avantageux. On prescrira d'abord l'usage de la flanelle sur la poitrine et même sur tout le corps; on fera des frictions sèches, aromatiques, sur le thorax; on y appliquera des emplâtres rubéfiants et même vésicants (poix de Bourgogne, vésicatoires) ; on excitera une forte diaphorèse à l'aide des bains de vapeur; enfin, si l'état des organes digestifs le permet, on administrera quelques laxatifs, et si le sujet est faible on donnera la préférence aux préparations qui, comme la rhubarbe, jouissent en même temps de propriétés toniques. Laënnec a également préconisé l'emploi des vomitifs, répétés autant que le permettent les forces du sujet et la manière dont il les supporte.

Les praticiens sont d'accord pour recommander dans la bronchite chronique l'emploi des substances amères et aromatiques en tisanes, potions, tablettes, etc. : tels sont le lichen, le lierre terrestre, l'hysope, le polygala, le quinquina, l'eau de goudron, la térébenthine, les baumes du Pérou, de la Mecque, de tolu, de copahu, les fumigations résineuses; ajoutons-y les eaux sulfureuses d'Enghien, d'Aix, de Bonnes, de Cauterets, de Baréges, de Luchon, les eaux du Mont-Dore; les fumigations d'iode et de chlore, les aspirations ammoniacales en faisant passer rapidement sous le nez et la bouche un flacon débouché contenant de l'ammoniaque liquide depuis 20 jusqu'à 30°. Enfin les Anglais préconisent le colchique d'automne, qui agit à la fois comme diurétique et comme drastique.

Il est des accidents qui réclament certains moyens spéciaux : ainsi, quand les quintes de toux sont trop fréquentes, on les calmera souvent par l'emploi des narcotiques, et surtout de l'opium en pilules. Si les crachats sont difficilement expectorés, et si, s'accumulant dans les bronches, ils menacent de produire des accidents, on conseillera les vomitifs, et surtout l'ipécacuanha, qu'on pourra donner de manière à provoquer des vomissements, ou bien à doses fractionnées, pour entretenir des nausées continuelles. Dans les cas dont je parle, on emploie encore avec avantage le kermès et l'oxymel scillitique. Lorsque la difficulté de l'expectoration tient à la viscosité excessive des crachats, qui sont en même temps en petite quantité (*crachats perlés*), tels enfin qu'on les observe dans la variété de bronchite que Laënnec a désignée sous le nom de *catarrhe sec*, on pourra, à l'exemple de cet illustre médecin, essayer l'usage des alcalis légers, tels que le savon amygdalin en pilules, les bains alcalins, l'eau de Vichy, etc. Les moyens précédemment indiqués, en modifiant l'état de la muqueuse, diminueront la sécrétion catarrhale. Si néanmoins celle-ci persistait toujours très abondante, on pourrait essayer un moyen qui a plusieurs fois réussi à M. Piorry, et qui consiste dans la privation des boissons la plus complète possible.

DE LA GRIPPE.

Synonymie. — Catarrhe épidémique, cocote, influenza, etc. Grippe vient, dit-on, du polonais *chrypka*, qui signifie enrouement.

La grippe est une maladie caractérisée par le coryza et les symptômes ordinaires d'une bronchite peu intense, avec fièvre, céphalalgie, brisement, courbature, et un affaissement remarquable qui n'est en rapport ni avec les souffrances ni avec les lésions locales qu'on observe.

Historique. — Un médecin aussi distingué par le talent que par le caractère, M. Raige-Delorme, a, dans le tome X du *Dictionnaire de médecine*, inséré un article extrêmement remarquable sur la grippe, et il a démontré qu'il n'y avait aucun document prouvant l'existence de la maladie avant le XVe siècle; les premières descriptions ne datent même guère que de 1580. Depuis cette époque, la grippe s'est montrée de temps en temps sur diverses parties du globe. Toutes les épidémies qu'on a décrites ont été

remarquables par le grand nombre d'individus qu'elles ont frappés et par l'étendue du pays qu'elles ont parcouru. La grippe ne s'était pas montrée en France depuis 1803, lorsqu'elle apparut en 1830, revint en 1833, et sévit de nouveau en 1837.

Anatomie pathologique. — La grippe ne tuant les malades que par ses complications, on n'a presque aucune notion sur les lésions propres à la maladie; on sait seulement qu'à l'autopsie on trouve communément les muqueuses des fosses nasales, du pharynx et du larynx, rouges, injectées, boursouflées; que la même altération se prolonge souvent bien avant dans les bronches, où M. Nonat et d'autres ont trouvé plusieurs fois des pseudo-membranes; mais toujours alors il existait une pneumonie simple ou double, qui est la lésion concomitante de la grippe la plus fréquente, et celle qui fait périr le plus grand nombre de malades.

Symptômes. — Dès le début, les malades se plaignent de malaise; ils sont accablés, courbaturés; ils éprouvent des douleurs contusives dans les membres, dans la poitrine et à l'épigastre; ils ont une céphalalgie violente, quelquefois atroce, tantôt générale, le plus souvent limitée au front, avec vertiges et bourdonnements d'oreilles; ils ont fréquemment des épistaxis. Leur figure exprime la souffrance; leurs forces, toujours prostrées, le sont quelquefois à un degré extrême, de sorte qu'on croirait les malades atteints de quelque affection grave commençante; beaucoup ont même des lipothymies. La fièvre, variable, tantôt violente, tantôt légère, pouvant même manquer, a généralement une intensité médiocre; elle offre souvent des redoublements le soir : aussi les nuits sont agitées et pénibles. Le sang tiré des veines n'a pas toujours le même aspect. Ainsi le caillot est parfois assez dense et couenneux; d'autres fois il est mou et presque diffluent : c'est ce qu'on a noté surtout dans la grippe de 1837. En même temps il existe constamment des signes de phlegmasies du côté de quelques membranes muqueuses : ainsi il y a de l'enchifrènement; l'odorat est perdu; un fluide séreux s'écoule en abondance des narines (coryza); les yeux sont rouges, larmoyants, un peu tuméfiés, et supportent difficilement l'impression de la lumière. Beaucoup de malades accusent un léger mal de gorge; presque tous ont la voix rauque, éprouvent un chatouillement à la partie supérieure du larynx, un sentiment d'ardeur et de chaleur derrière le sternum; la toux est plus ou moins fréquente, quinteuse, toujours très pénible, très douloureuse, d'abord sèche, mais provoquant plus tard l'expulsion de crachats muqueux plus ou moins abondants. La poitrine est sonore à la percussion; le plus ordinairement on constate la présence de quelques râles sibilant, ronflant, sous-crépitant ou muqueux. Il existe aussi de la dyspnée et un sentiment d'oppression, symptômes qui ne sont nullement en rapport avec les résultats fournis par l'exploration physique. Les troubles du côté des organes digestifs sont très variables; il n'y a souvent d'autre phénomène qu'un peu d'inappétence. Dans beaucoup d'épidémies, il existait presque toujours des nausées, des vomissements ou de la diarrhée.

La plupart des symptômes précédents peuvent exister ensemble à un

degré médiocre; ailleurs, au contraire, quelques uns d'eux manquent ou sont à peine marqués, tandis que plusieurs prédominent et donnent à la maladie une physionomie spéciale : c'est ainsi que, suivant le caractère de l'épidémie ou les prédispositions individuelles, on voit prédominer dans un cas les symptômes nerveux, dans d'autres ce sont les troubles abdominaux; ailleurs ce sont les accidents thoraciques : de là la division de la grippe en *encéphalique*, *abdominale*, *pectorale*, qui a été proposée par quelques médecins modernes.

Marche, *durée*, *terminaisons*. — Le plus souvent la grippe suit une marche continue et rapide. Dans son état de simplicité, elle dure de quatre à dix jours, et se juge souvent par des phénomènes critiques, surtout par des sueurs abondantes. La plupart des malades restent pendant quelque temps encore faibles; mais la longueur de la convalescence n'est pas en rapport avec celle de la maladie. Quand la grippe est exempte de toute complication, il est presque sans exemple qu'elle fasse périr les malades; elle n'est grave que chez les phthisiques, dont elle accélère le terme fatal, ou lorsqu'une maladie intercurrente survient. Les pneumonies sont la complication la plus fréquente qu'on observe dans ces cas. Ainsi que je l'ai démontré le premier dans l'épidémie de 1837 (voir *la Presse médicale*), ces phlegmasies ont souvent une physionomie spéciale, et sont toujours plus graves que lorsqu'elles sont primitives.

Diagnostic. — La grippe, par l'accablement, par la prostration et les douleurs qui l'accompagnent, sera aisément distinguée d'un coryza, d'une bronchite ordinaire ou d'un accès de migraine. Les symptômes nerveux si prononcés dès le début, joints souvent à des épistaxis et à de la diarrhée, à de l'insomnie, aux râles sibilants dans la poitrine, faisaient que, dans l'épidémie de 1837, on ne savait trop si les malades avaient une grippe ou une fièvre typhoïde commençante. Cependant l'invasion brusque du mal, qui en quelques heures ou en un ou deux jours était arrivé au plus haut degré d'intensité (chose insolite dans l'affection typhoïde), portait plutôt à penser que les malades étaient sous l'influence de l'épidémie régnante. Il est souvent bien plus difficile de distinguer la grippe du deuxième stade de la rougeole, en raison des symptômes de catarrhe qui leur sont communs, et de l'état général, qui est souvent le même dans les deux maladies ; mais la marche de l'affection ne tarde pas à fixer le médecin sur sa nature.

Pronostic. — D'après ce que nous avons dit précédemment, la grippe n'est grave que chez les sujets affaiblis, atteints déjà de quelque maladie sérieuse, ou bien lorsqu'elle se complique d'une phlegmasie pulmonaire.

Étiologie. — La grippe est une maladie essentiellement épidémique, dont l'apparition dans un pays ne peut être expliquée par aucune condition spéciale, attendu qu'on la voit sévir dans tous les climats et sous toutes les températures. On ne sait rien non plus de précis sur les conditions qui, pour chaque individu, peuvent constituer une prédisposition à contracter la maladie.

Traitement. — Quand la grippe est simple, bénigne, il faut se borner à conseiller le repos, la diète, l'usage de boissons douces et chaudes pour

provoquer les sueurs, et quelques pédiluves irritants pour dégager la tête. Si le pouls est large, dur, il ne faut pas hésiter à tirer un peu de sang ; mais il a été généralement reconnu qu'on devait être sobre d'émissions sanguines. Les évacuants intestinaux ne seront administrés qu'autant que leur emploi est bien indiqué. L'opium est ordinairement avantageux pour calmer les douleurs et procurer quelque repos. Si les membres, et les jointures surtout, sont le siége de douleurs vives, comme cela existait dans l'épidémie de 1837, on apportera quelque soulagement par les cataplasmes laudanisés, ou par les onctions avec le baume tranquille et le laudanum ; d'autres fois on les enlève par des liniments ammoniacaux; enfin, si elles résistent, il faut leur opposer un vésicatoire volant. Pour les complications, voir plus bas *Pneumonie*.

Nature. — Quoique la grippe soit placée à côté de la bronchite, on ne doit pas croire pourtant qu'elle soit uniquement constituée par une phlegmasie de la muqueuse aérienne; car les troubles nerveux qui l'accompagnent et la disproportion qui existe entre les symptômes thoraciques et les autres phénomènes morbides indiquent l'action d'une cause générale, encore inconnue dans son essence et dans son siége.

DE LA PNEUMONIE.

SYNONYMIE. — Péripneumonie, pneumonite, fluxion de poitrine, fièvre pneumonique; *peripneumonia vera*, etc.

Le mot de *pneumonie* sert à désigner l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Cette affection est l'une des plus importantes du cadre nosologique, en raison de sa fréquence extrême, de sa gravité et des difficultés que sa thérapeutique présente. Il me serait impossible d'embrasser dans cet article toutes les questions qui se rattachent à ce vaste sujet, et dont la solution pourtant importe plus encore à la pratique qu'à la science elle-même. Je renverrai donc le lecteur à l'ouvrage que j'ai publié il y a peu d'années, et dans lequel la pneumonie a été étudiée aux différents âges de la vie, et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques d'après l'analyse d'un nombre considérable d'observations, et en mettant à profit les travaux de mes devanciers et de ceux mes contemporains, parmi lesquels je dois mentionner surtout Laënnec, MM. Andral, Chomel, Louis, Piorry, Stokes, pour la pneumonie des adultes; MM. Hourmann, Dechambre, pour celle des vieillards; MM. Gerhard, Rufz, Valleix, Rilliet, Barthez, pour celle des enfants depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Anatomie pathologique. — Depuis Laënnec, les anatomo-pathologistes ont admis trois degrés dans l'inflammation pulmonaire; on les désigne sous les noms d'*engouement*, d'*hépatisation rouge*, et d'*hépatisation grise*.

Dans le *premier degré* ou *engouement*, le poumon offre extérieurement dans les points affectés une coloration violacée, livide ou lie de vin ; il crépite moins, il a perdu son élasticité, il est plus pesant; mis dans l'eau,

il surnage incomplétement. Lorsqu'on le divise avec le scalpel, il s'échappe de la surface des incisions un liquide séreux, rougeâtre, trouble, spumeux; le tissu est d'un rouge violacé; il est friable, et le doigt le pénètre facilement. Cette friabilité a longtemps été regardée comme pouvant faire distinguer l'engouement inflammatoire de celui qui n'est que cadavérique : mais nous avons prouvé précédemment qu'il était souvent impossible, d'après la simple inspection anatomique, de distinguer ces deux états l'un de l'autre. Dans presque tous ces cas, d'ailleurs, l'engouement coïncide avec une ou plusieurs des altérations qui caractérisent les deuxième et troisième degrés.

Dans la pneumonie qui est parvenue au *deuxième degré*, le poumon est manifestement augmenté de volume, ce qui fait que l'impression des côtes peut être marquée sur les surfaces malades. En même temps le tissu de l'organe est dur, il ne crépite plus, il est absolument imperméable; ce qui explique pourquoi, en le plongeant dans l'eau, loin de surnager il gagne le fond du vase. Cette portion du poumon, d'un rouge foncé extérieurement, offre à l'intérieur, quand on l'incise, la même coloration; celle-ci est tantôt uniforme; mais le plus souvent elle est inégale et nuancée différemment, de manière à imiter l'aspect de certains marbres ou granits. Le liquide qui s'écoule est rougeâtre, non aéré, moins abondant que dans le premier degré. Mais le caractère anatomique le plus important est fourni par l'examen des surfaces incisées, qui sont hérissées de granulations rouges, dures, obrondes, un peu aplaties, et qui ne sont autre chose que les vésicules pulmonaires transformées en corps solides par l'épaississement des parois et l'oblitération de leur cavité. Cette disposition granulée est surtout manifeste lorsqu'on déchire le poumon au lieu de le diviser par l'instrument tranchant; on la retrouve constamment chez l'adulte, tandis qu'elle paraît manquer quelquefois dans la pneumonie des nouveaux-nés (Valleix) et dans celle des vieillards (Hourmann et Dechambre). Il est évident que, dans l'altération que nous décrivons, les vésicules pulmonaires, comme le tissu celluleux intervésiculaire, sont également affectés. La couleur qu'acquiert le poumon dans le deuxième degré de la pneumonie, sa dureté, sa pesanteur spécifique augmentée, et l'aspect granulé de la surface, lui donnent une grande ressemblance avec le tissu du foie : aussi désigne-t-on communément cette altération sous le nom d'*hépatisation rouge* ou d'*endurcissement rouge*. M. Andral a proposé le mot de *ramollissement rouge*, parce qu'en effet le tissu du poumon, quoique plus dur, est devenu néanmoins plus friable. Le deuxième degré de la pneumonie est encore caractérisé par deux autres lésions, qui sont la *carnification* et la *splénisation*. Dans la première, le tissu pulmonaire est rouge, humide, dur, non granulé, presque homogène; cette altération est fort rare. On dit que le poumon est *splénisé* lorsque son tissu, d'un rouge vineux, flasque, peu ou point granulé, plus ou moins complétement imperméable, offre une certaine ressemblance avec le parenchyme de la rate. Cette altération survient surtout chez les sujets débilités, chez ceux, par exemple, qui sont pris de pneumonie dans le cours d'une maladie grave, comme la fièvre typhoïde.

Dans le *troisième degré* de la pneumonie, le poumon conserve le volume, la dureté, l'imperméabilité et l'état granulé que nous avons notés dans les cas d'hépatisation; mais bientôt la couleur rouge est remplacée peu à peu par une couleur grise, jaune paille, qui commence par des points disséminés et finit par être générale. Alors le tissu pulmonaire est devenu encore plus friable que précédemment; il suffit, en effet, souvent de la plus légère pression pour le réduire en pulpe grisâtre, et si on le divise, on voit s'écouler une matière opaque ayant beaucoup de ressemblance avec le pus. C'est en raison de ces différents caractères qu'on désigne indifféremment le troisième degré de la pneumonie par les noms d'*hépatisation* ou d'*induration grise*, de *ramollissement gris* et d'*infiltration purulente.*

Cependant le pus, d'abord infiltré, peut tôt ou tard se réunir en un ou plusieurs foyers, c'est-à-dire former des abcès. Ces collections, simples ou multiples, siègent presque toujours (neuf fois sur douze) sous la plèvre, qui est tantôt amincie et ramollie, tantôt, au contraire, épaissie et plus résistante. Le foyer, plus fréquent dans le lobe supérieur, peut n'avoir qu'une étendue de 5 à 7 millimètres, ou bien présenter jusqu'à 15 ou 18 centimètres en hauteur sur 6 de large. La cavité de l'abcès est ordinairement anfractueuse : ses parois sont inégales, formées par un tissu induré, infiltré de pus; elles sont quelquefois gangrenées; enfin, fréquemment elles sont lisses et sont tapissées par une fausse membrane plus ou moins dense et élastique qui se forme avec une rapidité surprenante. La cavité communique rarement avec les bronches; le pus contenu est tantôt phlegmoneux, tantôt il est rougeâtre et inodore; mais il est fétide, si le foyer contient des débris de tissu pulmonaire mortifiés. Enfin, si l'abcès, au lieu de succéder à une pneumonie franche, survient consécutivement à la rupture dans le poumon d'un foyer formé dans un autre organe, comme le foie, la rate ou le rein gauche, etc. (*abcès* que j'ai ailleurs nommés *perforants*), on trouve généralement une caverne plus large, communiquant toujours avec l'abcès primitif, et le plus souvent avec une ou plusieurs bronches; le pus contenu est rarement phlegmoneux, et il est presque toujours mêlé à différents débris organiques. Il est aujourd'hui presque inutile de prémunir les observateurs contre une erreur que nos devanciers ont souvent commise en prenant pour des abcès pulmonaires des tubercules ramollis, et plus souvent encore des dilatations des bronches et des pleurésies interlobaires. (Voir *Pleurésie.*) Enfin, il faut savoir qu'il est des abcès tout à fait consécutifs à la mort, et que l'on forme par la pression trop forte qu'on exerce sur des parties très ramollies du poumon lorsqu'on extrait cet organe de la poitrine.

Les points du poumon qu'on trouve affectés à l'ouverture du corps ayant été envahis successivement, ou bien l'inflammation ayant suivi dans chacun d'eux une marche inégale, il s'ensuit que presque toujours on voit réunis les deux et parfois même les trois degrés de la pneumonie. Les lésions du poumon sont plus ou moins étendues; elles peuvent occuper tout l'organe, ce qui est fort rare, ou bien n'envahir qu'un seul lobe; quelquefois enfin, surtout chez les enfants, la phlegmasie n'occupe qu'un ou

plusieurs lobules; on lui donne alors les noms de pneumonie *lobulaire*, *mamelonnée* ou *disséminée*. Cette altération est caractérisée par des noyaux d'hépatisation rouge ou grise, disséminés en nombre variable (de 2 à 30), dans un des poumons ou dans les deux ensemble. Ils ont, pour la plupart, le volume d'une aveline ou d'une noix; presque tous, situés superficiellement, se dessinent sous la plèvre, sous forme de taches rouges et violacées.

Les altérations que je viens de décrire ne se rencontrent pas avec une fréquence égale dans l'un et l'autre poumon et dans les différentes parties de ces organes. Ainsi, il est reconnu qu'à tous les âges le poumon droit est beaucoup plus souvent atteint de pneumonie que le gauche (:: 11 : 6); ce qui peut s'expliquer, suivant nous, par la différence de volume et de capacité des deux organes; ceux-ci sont souvent atteints ensemble. C'est ce qu'on voit spécialement chez les vieillards, et plus particulièrement encore chez les enfants au-dessous de six ans : en effet, presque toutes les pneumonies observées à cet âge sont doubles. Nous avons prouvé que le nombre de celles-ci va ensuite en diminuant dans la période moyenne de la vie, où on ne les observe plus que dans la proportion d'un seizième. L'inégalité de volume qui existe dans les deux lobes explique aussi, suivant nous, pourquoi la pneumonie du lobe inférieur est plus commune que celle du lobe supérieur, dans le rapport de 4 : 3 environ, proportion qui varie d'ailleurs beaucoup suivant les constitutions médicales et épidémiques.

Après avoir exposé les lésions caractéristiques de la pneumonie, il nous reste à faire connaître les altérations concomitantes qu'on rencontre du côté des principaux organes. Dans la poitrine, on trouve que chez l'adulte la plèvre est presque toujours plus ou moins enflammée (33 fois sur 35); mais, aux deux extrêmes de la vie, la pleurésie est moins constante. Ainsi chez les vieillards elle n'existe que dans le tiers des cas; chez les enfants, elle est beaucoup moins commune encore, elle est surtout assez rare chez les nouveaux-nés, puisque chez eux on la rencontre à peine dans un sixième des cas. Les bronches sont rarement altérées; elles contiennent des mucosités qu'on observe surtout en grande quantité chez les enfants et les vieillards. Enfin, dans presque tous les cas, on trouve un ou plusieurs des ganglions bronchiques qui sont gonflés, rouges et ramollis, et même suppurés. Ayant examiné comparativement l'état du cœur sur un grand nombre de cadavres, j'ai vu que c'était surtout chez les pneumoniques qu'on rencontrait le plus souvent, dans le cœur, des caillots denses, et qui, dans un cinquième des cas, étaient décolorés, fibrineux, de manière à justifier l'opinion de Burserius, qui regardait la pneumonie comme une cause très active des concrétions polypeuses du cœur. Il est certain que ces dernières se forment souvent pendant la vie et suivant le même mécanisme que la couenne pleurétique. La pneumonie ne s'accompagne d'aucune autre lésion viscérale, si ce n'est du côté de la muqueuse gastro-intestinale, qui est plus ou moins ramollie chez un quart des sujets. Cette altération, qui est d'ailleurs indépendante de l'inflammation, est consécutive à l'état fébrile.

Pneumonie chronique. — On a rapporté à la pneumonie chronique différentes formes d'induration pulmonaire. Suivant nous, dans la pneumonie chronique, il y a constamment endurcissement et imperméabilité du tissu pulmonaire; la couleur de celui-ci est extérieurement d'un gris cendré, rougeâtre, ardoisée ou noire; sa dureté est telle qu'il résiste souvent à une pression très forte; à la coupe il paraît moins humide; il est d'un gris violet ou livide. La surface des incisions ou des déchirures peut être granulée; mais cette disposition est d'autant moins évidente que l'altération est plus ancienne; elle finit enfin par disparaître. Dans ce cas, on trouve quelquefois le tissu cellulaire interlobulaire hypertrophié et formant des cloisons épaisses et presque fibreuses.

Prodromes, invasion. — Le plus souvent la pneumonie paraît avoir un début brusque. Cependant je me suis convaincu que de seize à soixante-dix ans, on observait, chez le quart des malades, des symptômes précurseurs, tels que malaise, torpeur, perte de l'appétit et des forces, sensibilité au froid, frissons, etc.; accidents qui ont une durée moyenne de quatre à cinq jours. J'ai trouvé, en outre, que chez le quart environ des malades, la pneumonie survient dans le cours d'une bronchite aiguë presque toujours bénigne, affection qui semble rendre les individus qu'elle atteint plus impressionnables aux causes ordinaires de la phlegmasie pulmonaire.

Dans les quatre cinquièmes des cas, l'invasion de la pneumonie est marquée par un frisson plus ou moins violent, par une douleur vive dans un des côtés de la poitrine, par la toux et l'oppression. Ces symptômes locaux et le frisson manquent un peu plus souvent chez les vieillards que chez l'adulte. Chez les enfants à la mamelle, on ne peut les constater; mais il existe chez eux de la fièvre, de l'agitation, et surtout une grande accélération des mouvements respiratoires. Cependant, à mesure qu'on s'éloigne de la naissance, on voit que la pneumonie de l'enfance ressemble de plus en plus, par son mode d'invasion, à celle des adultes.

Symptômes. — La pneumonie une fois déclarée, on constate des symptômes généraux et locaux. Parmi les premiers, se distingue la douleur de côté, qui survient le plus souvent dans les douze premières heures (161 sur 182), et presque jamais après le quatrième jour. Elle est ordinairement vive, poignante, et siège, dans les quatre septièmes des cas, au niveau ou au voisinage du mamelon; elle correspond parfois (5e des cas) à la portion du poumon phlogosée; elle est limitée ou s'irradie au loin, s'exaspère toujours par la toux, par les mouvements respiratoires, et fréquemment par la pression. Cette douleur est moins l'effet de la pneumonie que de la pleurésie concomitante; c'est ce qui explique pourquoi elle manque plus souvent dans la pneumonie des enfants et des vieillards. Dans tous les cas il existe de la dyspnée et une accélération des mouvements respiratoires. Ces symptômes ne sont point en rapport, comme on l'a dit, avec la violence de la douleur, ni plus marqués dans la pneumonie du sommet; mais ils sont, en général, proportionnés à l'étendue et à la violence de la phlegmasie pulmonaire; ils sont également plus intenses chez les très jeunes sujets, chez ceux dont le thorax est difforme, chez les femmes, à

une époque avancée de la grossesse, etc. La toux est un symptôme probablement constant, et qui survient presque toujours dans les douze premières heures de la maladie (80 sur 90); sa fréquence est en rapport le plus souvent avec l'étendue, mais nullement avec le siége de la pneumonie. Elle est rarement quinteuse comme dans la bronchite; elle provoque l'expulsion de crachats particuliers, mais variables, et qui jusqu'à Laënnec ont été le seul signe diagnostique certain de la pneumonie. Ces crachats sont pour la plupart visqueux, adhérant intimement au fond du vase, transparents, mêlés à de petites bulles d'air, homogènes, et offrent une coloration rouge, comme la *brique pilée*, ou comme la *rouille;* ou bien ils sont jaunes comme le *safran*, comme l'*écorce de citron* ou *d'orange*, comme le *sucre d'orge* ou la *marmelade d'abricots;* plus rarement ils sont verdâtres, depuis le *vert tendre* jusqu'au *vert porracé;* plus rarement encore la matière expectorée est liquide, séreuse, d'un rouge obscur, recouverte d'une spume blanchâtre, semblable au *jus de réglisse ou de pruneaux*. Enfin il est des crachats également séreux, mais d'une couleur jaunâtre, coulants, souvent aérés, ayant une certaine viscosité, et ressemblant à une solution concentrée de gomme arabique. Les colorations que l'on vient d'indiquer sont produites par le sang, et leur diversité résulte de la proportion différente de ce liquide et de sa combinaison plus ou moins intime avec le mucus. J'ai fait voir que, chez le plus grand nombre des malades, les crachats caractéristiques se montrent dans les deux premiers jours de la maladie. Cependant, dans un neuvième à peu près des cas, l'expectoration présente quelques anomalies; c'est ainsi que pendant toute la durée de l'affection, les crachats peuvent rester blancs comme dans un simple catarrhe, d'autres fois l'expectoration manque complétement: c'est ce qu'on voit surtout dans la pneumonie du sommet. Toutes choses égales d'ailleurs, les crachats sont moins colorés, moins visqueux, moins homogènes chez les vieillards que chez l'adulte. Il est presque inutile de dire que chez les très jeunes enfants l'expectoration manque; cependant MM. Valleix, Vernois, à Paris, et Kiwisch, à Prague, ont vu souvent, chez les nouveaux-nés atteints d'hépatisation pulmonaire, une écume blanche, légèrement sanguinolente, épaisse et visqueuse, sortir de la bouche.

Dans la presque totalité des cas, l'inspection ne fait découvrir chez les pneumoniques aucun changement dans la conformation thoracique; cependant je crois avoir démontré (p. 226 de mon livre) que quelquefois l'hépatisation pouvait par elle seule, et indépendamment d'aucun épanchement pleurétique, produire une dilatation dans le point correspondant à l'altération. Mais parmi les signes que donne l'exploration du thorax, ceux fournis par la percussion et par l'auscultation sont les seuls importants à connaître. Dès le premier degré de la pneumonie, et du moment que le poumon est moins perméable, le son du thorax à ce niveau est plus obscur et l'élasticité moins parfaite. L'obscurité augmente peu à peu, enfin le son devient complétement mat, et l'élasticité est nulle lorsque la phlegmasie est arrivée au deuxième et au troisième degré. La percussion

fournit les mêmes résultats chez les adultes, les vieillards et les enfants; cependant chez ces derniers, la poitrine est tellement sonore à l'état normal, que souvent, au niveau d'une hépatisation complète et assez étendue, on trouve encore une certaine résonnance : aussi, à cet âge, il ne faut pas s'attendre à trouver une matité et un défaut d'élasticité *absolus*, mais seulement *relatifs*. On trouvera cette différence en percutant comparativement le point correspondant du côté opposé. Mais pour que la percussion fournisse des signes positifs, il faut que l'altération pulmonaire soit superficielle et ait une certaine étendue en surface : aussi ne donne-t-elle que des résultats négatifs dans les pneumonies centrales et dans la forme lobulaire. Par la percussion, on peut circonscrire l'altération et en suivre les progrès ultérieurs; mais on y parvient surtout par les résultats que l'auscultation fournit, et qui diffèrent suivant le degré de la pneumonie.

Les médecins ont admis, depuis Laënnec, que le râle crépitant était le premier phénomème stéthoscopique qu'on percevait dans la pneumonie : cependant quelques faits dans lesquels j'ai pu ausculter les malades dès les premières heures du début me portent à penser que, dans la majorité des cas, sinon dans tous, la crépitation est précédée elle-même d'un affaiblissement du murmure respiratoire, et quelquefois aussi, d'après Stokes, d'une respiration puérile : cependant, après six, douze ou vingt-quatre heures, ces modifications du bruit vésiculaire sont remplacées par le *râle crépitant*. Celui-ci est formé de bulles très petites, égales, sèches, plus ou moins nombreuses, n'existant que pendant l'inspiration, et produisant un bruit analogue à celui que donne le sel marin qu'on projette sur des charbons ardents, ou bien encore à celui que fait naître une mèche de cheveux qu'on froisse dans la conque de l'oreille : ce râle se passe très probablement dans les vésicules. Cependant la crépitation pneumonique peut se présenter avec d'autres caractères : ainsi, quelquefois les bulles sont moins nombreuses, elles sont inégales entre elles, et surtout plus grosses et plus humides. Elles se rapprochent beaucoup alors du râle sous-crépitant que nous avons précédemment noté dans certaines bronchites, surtout dans les bronchites capillaires. Cette espèce de crépitation n'est pas rare chez les vieillards, et on l'observe assez communément dans la pneumonie des enfants. Quel que soit d'ailleurs le caractère des bulles, on peut les entendre pendant toute la durée, ou seulement pendant une partie (la dernière moitié surtout) de l'inspiration. Souvent la crépitation manque aux inspirations ordinaires; tandis qu'elle n'est perçue que dans les inspirations fortes, ou mieux encore pendant les secousses de la toux. Le râle crépitant ne manque presque jamais dans la pneumonie : il caractérise le premier degré de la maladie.

Cependant, lorsque l'inflammation est passée de l'engouement à l'hépatisation, l'auscultation révèle l'existence de cette nouvelle altération, en faisant entendre au niveau des parties malades, au lieu du murmure respiratoire, un bruit rude, sourd, métallique, semblable à celui qu'on produirait en soufflant dans un tube de bois ou d'airain; ce phénomène a reçu le nom de *souffle tubaire* ou de *respiration bronchique*. Il est produit par

le retentissement de l'air dans les grosses divisions bronchiques, lorsque les ramifications plus petites, ainsi que les vésicules, sont devenues imperméables. Le souffle tubaire, comme je l'ai prouvé après Jackson, commence presque toujours à être perçu pendant l'expiration, et ce n'est que lorsque l'hépatisation est plus complète que le phénomène existe, devient prédominant, et souvent même ne se remarque que pendant l'inspiration. A mesure aussi que l'imperméabilité du poumon arrive à être plus parfaite, la crépitation devient plus rare ; puis elle cesse tout à fait, tandis que le souffle tubaire prend un timbre de plus en plus rude. La transition de la crépitation au souffle, au lieu d'être directe et rapide, se fait quelquefois plus lentement, et à l'aide d'un phénomène intermédiaire que nous nommons *bruit de taffetas*, parce que, en effet, on entend pendant l'inspiration, et surtout pendant la toux, un bruit rude, sec, semblable à celui qu'on produit en déchirant un morceau de taffetas ou en froissant une robe de soie. Ce bruit, qu'on observe surtout dans l'aisselle, au bord antérieur du poumon et à la partie interne de la fosse scapulaire, caractérise, suivant moi, une hépatisation, qui n'occupe encore que la surface ou l'écorce du poumon. Si l'altération devient plus profonde, le bruit de taffetas est plus intense, plus rude, et finit par être remplacé par le souffle bronchique.

L'auscultation de la voix fournit aussi quelques phénomènes importants : ainsi, lorsque, le poumon n'étant encore qu'engoué, on applique l'oreille au niveau des parties malades, on trouve que dans la moitié des cas environ le retentissement naturel de la voix est augmenté, mais sans aucun caractère particulier. Lorsque le poumon est hépatisé, la voix résonne fortement; cette résonnance est *diffuse*, *non articulée;* son timbre est *sourd*, *bruyant* ou *métallique;* on dit alors qu'il y a de la *bronchophonie*.

Les symptômes stéthoscopiques perçus dans toute l'étendue de la pneumonie cessent ensuite brusquement sur ses limites, où l'on entend, sans transition aucune, le murmure naturel de la respiration. Cependant il n'en est pas toujours ainsi ; car j'ai prouvé que, dans un quart des cas, là où cessaient les signes stéthoscopiques caractéristiques de la pneumonie, on constatait, dans un rayon plus ou moins étendu, borné, en général, à 15 ou 18 centimètres, un affaiblissement du murmure respiratoire, et, plus rarement, une respiration puérile qu'il n'est pas toujours possible d'expliquer par un état de congestion des tissus.

Dans le cours de la pneumonie, on voit les principaux organes de la vie animale et organique présenter divers phénomènes morbides, et participer sympathiquement au trouble déjà si grand des organes respiratoires. Ainsi le pouls s'accélère dès le début; il offre aussi, dans la plupart des cas, de l'ampleur et de la résistance; sa fréquence est généralement en rapport avec l'étendue et la gravité de l'affection; toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus considérable chez les jeunes enfants : il est ordinaire, en effet, de compter chez eux jusqu'à 120 pulsations, et il n'est même pas très rare que leur nombre atteigne 140 et même 180. Chez les vieillards, le pouls n'est remarquable que parce qu'il présente plus sou-

vent des irrégularités qu'aux autres périodes de la vie. L'exploration du cœur par la percussion démontre que le volume de cet organe n'est pas augmenté, excepté peut-être dans les derniers instants de la vie, lorsque des caillots en s'y organisant commencent à distendre ses cavités. Le sang provenant des saignées donne un caillot dense, couenneux; car il résulte des recherches modernes que la pneumonie est, avec le rhumatisme, la maladie qui produit l'augmentation la plus considérable de la quantité de fibrine. La fièvre est un symptôme à peu près constant dans la pneumonie; son intensité est généralement proportionnée à la gravité de l'affection. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte, et plus marquée surtout que chez le vieillard; elle est essentiellement continue; elle s'exaspère, dans la plupart des cas, dans le cours de la soirée ou de la nuit. Du côté des organes digestifs, on observe la plupart des troubles qui accompagnent généralement toutes les pyrexies: ainsi la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, la soif est vive, l'anorexie complète; il y a des vomissements chez un cinquième des malades, et de la diarrhée un peu moins fréquemment: chez les enfants, ce dernier symptôme est presque ordinaire; chez les vieillards, la langue a une grande tendance à se sécher et à se recouvrir, ainsi que les dents, de fuliginosités. La sécrétion urinaire présente elle-même quelques changements: ainsi, dans la moitié des cas, elle est diminuée; chez un tiers, elle est devenue plus acide; enfin, divers dépôts d'urate d'ammoniaque se forment spontanément ou quand on traite l'urine par l'acide nitrique. Toutefois ce phénomène n'a guère lieu qu'à l'époque du déclin, et presque jamais lorsque la maladie doit avoir une issue funeste.

Une céphalalgie frontale, vive, est un des symptômes sympathiques les plus constants de la pneumonie, puisqu'on la note dans les cinq sixièmes des cas environ. Elle survient dès le début, acquiert son maximum du premier au quatrième, diminue ensuite spontanément, et chez presque tous les malades elle a complétement cédé dès le septième jour. Les forces sont toujours plus ou moins diminuées: cependant, de toutes les maladies fébriles un peu graves, la pneumonie est une de celles qui prostrent le moins les forces. Toutefois celles-ci s'anéantissent en général assez vite chez les vieillards, qui tombent rapidement dans un état adynamique. Le faciès des individus atteints de pneumonie varie beaucoup; en général, dans la période de réaction, la face est injectée; mais on ne peut établir aucun rapport certain entre le poumon affecté et le siége de la coloration dans telle ou telle partie de la face. Le décubitus est très variable: cependant, si la douleur est vive, les malades se couchent de préférence sur le dos ou sur le côté affecté.

En somme, on voit que la pneumonie réveille dans tout l'organisme des troubles sympathiques: c'est ce qu'on observe spécialement chez l'enfant et chez l'adulte. Chez le vieillard, au contraire, les réactions sont moins nombreuses; car, à cet âge, chaque organe semble vivre et souffrir isolément, et n'a plus qu'une sphère d'activité très restreinte; c'est ce qui explique pourquoi on voit quelquefois des vieillards qui, quoique affectés

d'une hépatisation grise de la plus grande partie d'un poumon, se plaignent pourtant à peine d'un peu de malaise, continuent à marcher et à manger, puis meurent tout à coup. J'ai cité dans mon ouvrage plusieurs cas de ce genre. Ces faits nous prouvent que chez les gens âgés il faut tenir compte de tous les troubles qui surviennent dans la santé, quelque légers d'ailleurs qu'ils soient; car on ne doit jamais oublier que, dans un âge avancé, les lésions les plus graves peuvent coïncider avec un petit nombre de symptômes en apparence fort légers.

Marche. — L'inflammation pulmonaire ne reste presque jamais bornée aux points primitivement envahis; mais elle tend pendant quelques jours à gagner de nouvelles surfaces. Cette extension se fait progressivement et sans qu'on puisse d'avance déterminer quels seront les points ultérieurement envahis : cependant, dans un huitième des cas, on est averti de la direction du travail inflammatoire par un affaiblissement du bruit respiratoire et par une diminution de l'élasticité à la percussion ; phénomènes que l'on constate dans l'étendue de quelques centimètres au-delà des points où cessent les symptômes stéthoscopiques tout à fait caractéristiques. La plupart des pneumonies commencent par envahir la superficie des poumons; d'autres, au contraire, occupent primitivement les couches profondes de l'organe, de sorte qu'elles ne se révèlent dans les premiers temps par aucuns signes stéthoscopiques, ceux-ci étant masqués par les bruits normaux qui se produisent dans la partie saine plus superficiellement placée. Il peut même arriver, ainsi que nous l'avons vu maintes fois, que les phénomènes stéthoscopiques et de percussion manquent complétement pendant toute la durée de la maladie; mais cette circonstance est infiniment rare, car presque toujours il arrive qu'après quelques jours de durée, l'altération ayant gagné jusqu'aux couches les plus superficielles du poumon, on finit par entendre la crépitation et le souffle, d'abord limités à un petit espace, mais ils ne tardent pas à être perçus bientôt sur une surface plus étendue. Non seulement la phlegmasie gagne de proche en proche le même poumon, mais elle peut encore envahir le poumon opposé : on dit alors que la pneumonie est *double*. J'ai démontré ailleurs (p. 301 de mon Traité) que dans celles-ci les poumons étaient peut-être toujours affectés successivement et jamais simultanément. C'est du onzième au treizième jour que la pneumonie, simple d'abord, finit par devenir double. Il est fort remarquable que cette seconde pneumonie débute presque toujours d'une manière obscure, latente, c'est-à-dire sans frisson, sans douleur, sans modification des crachats et de la toux : cependant elle a quelquefois pour effet d'augmenter la fièvre (un sixième des cas), et plus souvent encore (dans la moitié) de rendre l'oppression plus forte. Néanmoins, comme les accidents peuvent souvent s'expliquer par les progrès de la phlegmasie dans le poumon primitivement envahi, il en résulte que l'auscultation et la percussion seules peuvent faire saisir le moment où le poumon resté sain commence lui-même à être envahi.

C'est encore par l'auscultation qu'on peut se convaincre combien il est rare que la pneumonie ne franchisse pas le premier degré. Dans presque

tous les cas, en effet (vingt-neuf trentièmes), il survient une hépatisation plus ou moins complète; ce passage du premier au deuxième degré se fait communément avec une grande rapidité; peu d'heures suffisent quelquefois pour qu'il s'effectue. Dès le troisième jour, le souffle tubaire existe déjà chez un tiers des malades, et au sixième jour il ne manque que chez un douzième. Cette marche si prompte a lieu également à tous les âges, et peut-être même est-elle encore plus rapide aux deux extrêmes de la vie.

Si nous recherchons les modifications qu'éprouvent les symptômes précédemment énumérés, nous trouvons que la plupart d'entre eux continuent à s'aggraver à mesure que l'altération des poumons gagne en surface et en profondeur : tels sont surtout la dyspnée, l'accélération des mouvements respiratoires et du pouls, les phénomènes stéthoscopiques, la fièvre, l'abattement des forces. Il n'en est pas de même du point de côté, de la céphalalgie, et souvent de l'expectoration elle-même. En effet, la douleur de tête et de poitrine cesse, ou du moins diminue après une durée de quelques jours; il en est souvent de même de l'expectoration, qui conserve sa viscosité, mais perd sa transparence, et surtout sa coloration rouge; elle peut même devenir tout à fait catarrhale. Tous les symptômes précédents s'amendent peu à peu, si la maladie a une heureuse issue; dans le cas contraire, la plupart s'aggravent : ainsi la respiration devient plus pénible et plus fréquente; l'expectoration est difficile ou se supprime; les crachats s'accumulent souvent dans les bronches, et, sans cesse agités par l'air, produisent un râle très bruyant. Le pouls alors s'accélère de plus en plus; il s'affaiblit, devient irrégulier; la peau est aride et se couvre de sueurs visqueuses; la face, bleuâtre, plombée, s'altère; les forces se prostrent; enfin la mort arrive après une agonie plus ou moins longue; le plus souvent les facultés intellectuelles restent intactes jusqu'au dernier moment.

Une circonstance digne d'intérêt et à peine mentionnée jusqu'à présent, c'est que, aux deux âges extrêmes, chez le jeune enfant comme chez le vieillard, la pneumonie présente du jour au lendemain, surtout dans ses phénomènes stéthoscopiques, les variations les plus grandes, les plus insolites. Ainsi rien de plus commun que de voir, dans l'espace de douze ou vingt-quatre heures, un souffle être remplacé par le murmure vésiculaire plus ou moins fort avec ou sans amélioration concordante dans l'état général; puis, peu d'heures après, les symptômes reparaissent avec leur intensité première. Ces intermittences ne se rencontrent pas au même degré dans la pneumonie des adultes.

Terminaisons. — La pneumonie peut se terminer par résolution, ou être suivie de suppuration et de gangrène; d'autres fois elle passe à l'état chronique.

Lorsque la maladie se termine par résolution, on commence, dans plus du tiers des cas, par constater une diminution dans l'appareil fébrile : cependant, chez la moitié des malades, l'amélioration dans l'état général survient simultanément avec des changements favorables dans les phénomènes d'auscultation. Ainsi, lorsque la pneumonie se résout avant d'avoir dépassé

la période d'engouement, la crépitation devient moins nombreuse; les bulles sont plus grosses; plus humides; elle disparaît bientôt, et est remplacée par un murmure vésiculaire plus faible qu'à l'état normal. Si la résolution s'opère dans une partie complétement hépatisée, la respiration bronchique commence par être moins rude et moins aride; elle diminue de force pendant l'inspiration, souvent même elle cesse tout à fait, tandis qu'elle est encore perceptible pendant l'expiration. En même temps la crépitation, qui avait souvent complétement cessé, reparaît; mais les bulles sont communément moins nombreuses, et surtout elles sont plus humides et plus grosses. Laënnec a nommé ce râle, *crépitation de retour* ou râle *crepitans redux;* il le regarde comme un phénomène constant. Ce râle lui-même diminue, puis il cesse tout à fait après une durée qui peut varier entre quelques heures et plusieurs mois. Il est remplacé par le murmure naturel, qui ne reprend parfois sa force et son moelleux qu'au bout de quelques mois. Le travail de résolution est toujours assez lent; il n'est jamais suivi d'un rétrécissement des parois thoraciques, excepté pourtant dans les cas où la pneumonie s'est compliquée d'un épanchement pleurétique. (Voir *Pleurésie.*) Rien ne prouve que la pneumonie se soit jamais terminée par délitescence: cependant il peut arriver que, sous l'influence d'une maladie intercurrente qui produit une vive révulsion, une pneumonie soit brusquement interrompue dans sa marche. Deux cas de ce genre sont rapportés par les professeurs Andral et Graves de Dublin; mais ces faits sont excessivement rares. L'auscultation a prouvé que lorsque la pneumonie occupait une certaine étendue, la résolution ne s'opérait pas sur tous les points à la fois, mais que, dans les deux tiers des cas, elle commençait par se faire dans les parties qui avaient été envahies les dernières. Chez un cinquième des malades seulement, la résolution suit une marche inverse; enfin, dans les autres cas, elle s'opère simultanément sur toute la surface malade. Le travail de résolution s'accompagne fréquemment de phénomènes critiques: ainsi j'ai trouvé que l'époque de la convalescence était marquée, dans la moitié des cas, par un trouble de l'urine, soit spontané, ou bien produit en traitant ce liquide par l'acide nitrique: des sueurs copieuses et une éruption herpétique au pourtour des lèvres constituent encore des phénomènes critiques assez communs; enfin, beaucoup plus rarement la maladie paraît se juger par des selles ou des hémorrhagies. Mais, quel que soit le phénomène critique, je me suis convaincu que la maladie n'avait aucune tendance à se terminer de préférence à certains jours; que, par conséquent, la doctrine des médecins hippocratiques sur les jours dits *critiques* n'a aucun fondement pour la pneumonie.

La pneumonie est suivie souvent de suppuration; le pus, comme nous l'avons déjà dit, peut être infiltré ou réuni en foyer. Dans le premier cas, il n'existe aucun signe capable de faire reconnaître d'une manière certaine le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. Cependant on devra *soupçonner* une hépatisation grise, lorsqu'après avoir constaté pendant plusieurs jours un souffle bronchique pur, sans mélange de crépitation, on distingue dans ces mêmes points de gros craquements

humides ou un râle muqueux disséminé, des crachats rares, opaques, sales, ou l'expectoration que nous avons comparée au jus de réglisse et de pruneaux. Mais il faudra surtout que ces phénomènes coïncident avec une aggravation dans les symptômes généraux. Lorsqu'en effet le troisième degré de la pneumonie est établi, la face s'altère, elle devient jaunâtre, les forces tombent, le pouls se déprime, la langue se dessèche, un état de coma ou de subdélirium survient, la respiration s'embarrasse, puis la mort arrive. D'après les faits que j'ai observés, l'hépatisation grise m'a paru survenir beaucoup plus rapidement dans la pneumonie du sommet que dans celle de la base; elle est également plus prompte chez les vieillards et les sujets affaiblis. Tout porte à penser que la mort est la suite ordinaire, sinon constante, de l'infiltration purulente du poumon.

Dans quelques cas rares, le pus se réunit en un ou plusieurs foyers. Cette lésion, plus commune dans le lobe supérieur, se remarque aussi plus souvent dans la pneumonie des vieillards et des individus débiles; elle est également fréquente dans certaines pneumonies traumatiques. Dans la plupart des cas, les abcès pulmonaires ne sont pas diagnostiqués, parce que la mort survient avant que le pus se soit fait jour dans les bronches. Mais lorsqu'il s'établit une communication entre ces tuyaux et l'abcès, ce qui a communément lieu du quinzième au vingt-huitième jour, les malades rendent par la bouche un pus qui est tantôt phlegmoneux, tantôt d'un gris sale, jaunâtre, sanieux, exhalant une odeur fade ou bien fétide et gangréneuse; dans ce dernier cas, on peut annoncer d'une manière certaine que les parois du foyer sont mortifiées. Le pus est rejeté par les secousses de la toux; mais s'il arrive subitement dans les bronches et en quantité considérable, il s'échappe par flots et par de véritables efforts de vomissement. Dans ces cas, l'auscultation de la poitrine fait constater l'existence de tous les signes caractéristiques d'une excavation pulmonaire qui communique avec les bronches, c'est-à-dire le gargouillement, la respiration caverneuse et la pectoriloquie; phénomènes que nous étudierons en détail quand nous traiterons des tubercules des poumons. Si l'abcès est superficiel, il pourrait s'ouvrir dans le péricarde et la plèvre, et, dans ce dernier cas, il donnerait lieu à une pleurésie sur-aiguë et à un hydro-pneumo-thorax. On a encore dit que les abcès des poumons pouvaient s'ouvrir à l'extérieur à travers les parois thoraciques : cependant aucun des faits qu'on a rapportés ne démontre cette possibilité. Dans presque tous les cas, les signes stéthoscopiques coïncident avec des symptômes généraux graves : aussi la plupart des malades succombent-ils aux progrès de la pneumonie, ou aux accidents qu'entraîne la fièvre hectique, qui, elle-même, est l'effet de la suppuration abondante qui se fait dans le poumon. Quelques faits autorisent à penser que les abcès pulmonaires sont susceptibles de se terminer favorablement.

La gangrène est un accident excessivement rare dans le cours de la pneumonie, quelles que soient d'ailleurs les conditions dans lesquelles celle-ci survient. Dans tous les cas, la gangrène a paru indépendante de l'intensité de la phlegmasie. Elle se déclare probablement par suite de quelque con-

dition accidentelle, mais qu'il est impossible de déterminer. Quoi qu'il en soit, le développement de la gangrène est annoncé par une expectoration noirâtre, brune, grise ou verdâtre qui exhale, ainsi que l'haleine des malades, une odeur vive, pénétrante et tout à fait caractéristique. Enfin, on voit se déclarer concurremment des symptômes ataxiques et adynamiques.

Le passage de la pneumonie à l'état chronique est le mode de terminaison le plus rare : je ne l'ai encore observé qu'une fois. Dans ces cas, on voit l'amaigrissement faire de continuels progrès. La toux persiste; la percussion donne un son complétement mat, et à l'auscultation on entend le souffle et la bronchophonie qui accompagnent les hépatisations rouge et grise. Cependant il paraît que, dans quelques cas, l'auscultation ne révèle l'existence d'aucun bruit, soit normal, soit morbide; de sorte que l'on n'observe que les signes physiques qui accompagnent certains épanchements chroniques des plèvres, c'est-à-dire la matité et l'absence de toute espèce de bruit pendant l'inspiration et l'expiration. Il est impossible d'affirmer actuellement que l'induration chronique puisse se résoudre. Dans la plupart des cas, elle paraît entraîner la mort des malades avec les symptômes d'une fièvre hectique.

Complications. — La pneumonie se complique fréquemment de diverses maladies ayant leur siége dans la poitrine, le ventre ou les centres nerveux. Du côté de la poitrine, ce sont surtout la bronchite et la pleurésie : dans le premier cas, il existe des râles sibilant et ronflant, et une expectoration muqueuse mêlée à des crachats rouillés. Nous parlerons ailleurs de la complication pleurétique (voir *Pleurésie*). Les complications cardiaques ne sont pas très rares : ce sont la péricardite, et quelquefois aussi l'endocardite, mais plus souvent encore, ainsi que l'a démontré M. Bouillaud, on voit s'organiser des caillots fibrineux dans les cavités, ce qui obscurcit, voile, enroue les bruits naturels du cœur, et peut aussi produire quelquefois des bruits morbides. Enfin, on cite quelques cas où la phlegmasie pulmonaire s'est compliquée d'une inflammation de l'aorte, ou seulement de la formation de caillots fibrineux dans sa cavité. Il n'est pas encore prouvé que les complications cardiaques soient plus fréquentes dans la pneumonie gauche, et qu'elles résultent de l'irradiation ou de la propagation de l'inflammation du poumon aux enveloppes du cœur ou à ce viscère lui-même et aux gros vaisseaux qui en partent.

Si l'on excepte la fièvre jaune et les affections des voies biliaires, il n'est aucune maladie aiguë qui s'accompagne aussi souvent d'ictère que la pneumonie. Cette complication se remarque, en effet, dans un treizième des cas environ. Cet accident est beaucoup plus commun dans les pneumonies droites; mais il n'est pas aussi certain qu'on le dit que la phlegmasie du lobe inférieur y prédispose beaucoup plus que celle du lobe supérieur. Cette question, pour nous, reste encore indécise. Il n'existe aucune explication rationnelle sur la manière dont la pneumonie agit pour produire l'ictère. Les recherches cadavériques prouvent d'ailleurs que la jaunisse ne se lie à aucune altération matérielle du tissu du foie.

Le délire est une complication très commune de la pneumonie, puisque la proportion des cas où on l'observe varie entre un huitième et un onzième. Je l'ai trouvé plus commun chez l'homme que chez la femme, et chez les sujets âgés de plus de quarante ans. Enfin, le délire est aussi fréquent dans la pneumonie des vieillards qu'il est rare dans celle des enfants. L'inflammation du lobe supérieur ne paraît pas s'accompagner plus souvent du trouble des facultés intellectuelles que celle qui occupe les autres parties de l'organe, tandis que le délire se rencontre sur le quart environ des sujets adultes atteints de pneumonie double. Cet accident reconnaît différentes causes : il est quelquefois l'effet d'une phlegmasie des méninges; d'autres fois, survenant dès le commencement de la maladie ou à sa période d'augment, il en suit les variations, et semble résulter alors de la violence de l'affection. Une troisième variété est celle qui survient dans la forme dite typhoïde ou ataxique de la maladie, et qui semble se lier peut-être bien moins à la phlegmasie pulmonaire qu'à un état général grave. Enfin, une des formes les plus fréquentes du délire est celle qu'on observe chez les ivrognes ou chez les individus qui prennent chaque jour une grande quantité de boissons alcooliques, qu'on supprime tout à coup. Chez ces derniers, le délire se présente le plus souvent avec les caractères propres au *delirium tremens*. (*Voir* ce mot.)

Formes de la pneumonie. — Si la pneumonie se complique de cet ensemble de symptômes connus sous les noms d'*état bilieux* ou *gastrique*, on dit qu'elle est *bilieuse*. Cette forme, fréquente dans le milieu du dernier siècle, pendant lequel elle régna souvent épidémiquement, est rare aujourd'hui, où on ne l'observe guère que sporadiquement. La forme dite *typhoïde*, *ataxique*, *maligne*, est plus commune dans ce climat; elle est caractérisée par l'ensemble de symptômes généraux graves qu'on observe dans les fièvres typhoïdes. Comme dans celles-ci, on voit tantôt, pour symptômes prédominants, une prostration extrême des forces, l'état fuligineux de la langue et des dents (*pneumonie adynamique*); d'autres fois la maladie se révèle par des symptômes ataxiques, tels que le délire, les convulsions, les soubresauts, les contractures (*pneumonie ataxique*). La première est plus commune chez les vieillards; la seconde, au contraire, affecte de préférence les sujets jeunes et les ivrognes. La gravité des symptômes typhoïdes n'a aucun rapport constant avec l'étendue de la phlegmasie.

Il faut admettre encore une pneumonie *intermittente*, dans laquelle les symptômes propres de la phlegmasie, subordonnés à l'état fébrile, suivent la même marche que ce dernier, c'est-à-dire qu'ils naissent, s'accroissent, cessent, ou du moins diminuent en même temps que lui. La pneumonie constitue alors une forme de fièvre intermittente pernicieuse spéciale; elle a le type quotidien ou tierce. Il est certain que, dans l'apyrexie qui suit les premiers accès, les symptômes locaux, tels que la douleur de côté, les crachats rouillés, et la crépitation elle-même, peuvent cesser complétement pour reparaître dans l'accès suivant. Mais à mesure que ceux-ci se répètent, la pneumonie finit par atteindre le deuxième degré. L'altération

est alors permanente ; les symptômes qui l'accompagnent sont continus, mais ils éprouvent une exacerbation régulière. La pneumonie est alors devenue *rémittente*.

Il est une forme de la pneumonie presque spéciale à l'enfance, que nous avons nommée *lobulaire*, *mamelonnée*, et qui est anatomiquement caractérisée par des noyaux d'hépatisation, disséminés en plus ou moins grand nombre dans l'un et l'autre poumon. Cette pneumonie est toujours consécutive à une phlegmasie des bronches, surtout à la bronchite capillaire. La période catarrhale dure plusieurs jours ou plusieurs semaines; puis les symptômes s'aggravent tout d'un coup, la fièvre redouble, ainsi que l'oppression ; les râles sibilants et sous-crépitants sont plus bruyants, plus nombreux, plus mobiles ; la percussion est sonore partout, les crachats sont visqueux et blanchâtres ; enfin, la mort survient après une agonie pénible, et le plus souvent avec les symptômes d'une asphyxie lente. Dans l'immense majorité des cas, l'élément catarrhal est tellement prédominant qu'il masque complétement les signes physiques qui dépendent de l'altération pulmonaire ; cependant, lorsque les râles secs sont beaucoup moins bruyants, ou lorsqu'ils cessent momentanément, et que les noyaux indurés sont placés superficiellement, on distingue souvent un râle crépitant ou sous-crépitant *non mobile*, lequel finit par coexister avec une respiration rude, et parfois même avec un peu de souffle pendant l'inspiration, ou tout au moins pendant l'expiration. Cependant il est presque impossible de diagnostiquer la pneumonie lobulaire ; on ne peut que la *soupçonner* lorsque, dans le cours d'une bronchite, on voit la fièvre, l'anxiété, l'oppression, augmenter tout d'un coup, les crachats prendre plus de viscosité, et les traits s'altérer. Il est inutile de dire que si plusieurs noyaux venaient à se réunir, on pourrait constater les signes physiques propres aux hépatisations ordinaires, c'est-à-dire le souffle et la matité.

La pneumonie lobulaire est la seule forme de l'inflammation des poumons qui mérite le nom de *latente*, expression par laquelle les anciens désignaient toutes les pneumonies qui ne se révélaient ni par la douleur de côté ni par les crachats. Mais aujourd'hui, pour qu'une pneumonie soit latente, il faut en outre que l'auscultation et la percussion ne fournissent que des résultats négatifs : or, les cas de ce genre sont excessivement rares.

Comme nous le verrons à l'étiologie, la pneumonie est une des complications les plus fréquentes des autres maladies; on dit alors qu'elle est *secondaire*, *consécutive* ou *symptomatique*, et on conçoit qu'elle doit éprouver alors dans ses symptômes et sa marche des modifications très importantes à connaître. Mais leur énumération devant nous entraîner trop loin, nous renvoyons le lecteur à notre *Traité*, où ce point important de pratique a été longuement étudié aux pages 194, 284, 352, 395, 444.

Convalescence, phénomènes consécutifs et rechutes. — De toutes les maladies aiguës qui mettent la vie en péril, la pneumonie est une de celles dont la convalescence marche le plus rapidement et le plus franchement ; les seuls phénomènes qui persistent en général quelque temps après que les forces sont revenues, sont la toux et une diminution dans l'expansion

pulmonaire. Il n'est pas très rare aussi que des malades se plaignent d'éprouver encore une douleur de côté, incommode pendant les inspirations fortes, douleur qui se rattache à l'inflammation de la plèvre, comme le bruit de frottement qu'on perçoit fréquemment dans le point même où elle siège. Les rechutes sont extrêmement rares; elles m'ont paru en général moins graves que la maladie première. Enfin, la convalescence peut être incomplète; c'est ce qui arrive dans les cas où la pneumonie passe à l'état chronique, ou bien lorsqu'elle devient l'occasion du développement de tubercules pulmonaires, ou lorsqu'elle provoque le ramollissement de tubercules préexistants. Ces deux circonstances, la première surtout, sont excessivement rares. La pneumonie est encore une cause déterminante de maladies organiques du cœur et de l'aorte. (Voyez page 462 de mon *Traité*.)

Diagnostic. — La pneumonie a deux symptômes *pathognomoniques* qui sont : les crachats *rouillés* et la *crépitation*. Les crachats qui ont une teinte *rouillée*, *jaune-abricot* ou *safran*, *sucre d'orge*, *verdâtre*, et probablement aussi les crachats couleur *jus de pruneaux* et *de réglisse*, sont caractéristiques d'une inflammation pulmonaire. Il n'en est pas de même des crachats *briquetés* et de ceux qui ont l'aspect d'une forte solution de gomme arabique; car nous avons rencontré les premiers dans l'apoplexie pulmonaire, et les seconds dans certaines bronchites aiguës. Cependant, comme ils sont beaucoup plus communs dans la pneumonie, on devra, toutes les fois qu'ils existent, *soupçonner* ou regarder comme *probable* l'existence de cette affection. La crépitation fine, sèche, égale, nombreuse, a pour moi la même valeur que les crachats rouillés; on ne la rencontre, en effet, dans aucune autre affection que la pneumonie. Il n'en est plus de même de la crépitation humide et grosse ou du râle sous-crépitant, qui, existant à la fois dans la pneumonie et dans certaines bronchites, n'a pas une valeur *absolue*, mais seulement une valeur *relative*. Ainsi le râle sous-crépitant dépend-il d'une bronchite, on le trouve souvent disséminé sur une grande surface; il est mobile, et on le rencontre toujours dans l'un et l'autre poumon à la fois, sans qu'il y ait aucun rapport constant entre les symptômes généraux et l'étendue dans laquelle ce phénomène existe. Lorsqu'au contraire ce râle dépend d'une pneumonie, il est ordinairement circonscrit, borné à un seul des côtés de la poitrine, et il coexiste généralement avec une fièvre intense, avec un point de côté et avec des crachats rouillés. Enfin, dans la pneumonie double, comme les poumons ont été envahis *successivement*, si, dans le côté qui a été affecté en dernier lieu, on ne trouve que du râle sous-crépitant, dans le côté opposé, la maladie étant plus ancienne et parvenue à un degré plus avancé, se révélera par du souffle tubaire. Ce souffle n'a lui-même rien qui soit caractéristique; nous l'observerons, en effet, dans certaines dilatations bronchiques, et nous le trouverons encore dans la pleurésie souvent avec les mêmes caractères que dans la pneumonie. Parmi les autres symptômes locaux, tels que la douleur de côté, la toux et la dyspnée, nul n'est caractéristique, puisqu'ils peuvent appartenir à diverses maladies; mais ce sont des signes *indicateurs* qui

doivent donner l'éveil et engager le médecin à explorer avec soin les organes pectoraux. Enfin, les symptômes généraux et sympathiques seront encore des éléments très importants pour le diagnostic, surtout chez les vieillards. Ainsi, à cet âge, un état fébrile continu, s'annonçant par un frisson violent, dépassant la durée de la fièvre éphémère, et ne s'expliquant par aucune phlegmasie appréciable à l'extérieur et dans des cavités splanchniques, devra faire regarder comme infiniment probable l'existence d'une pneumonie. Ce jugement sera fondé sur la fréquence de cette affection chez les vieillards, sur ce que, de toutes les maladies aiguës dont ils sont atteints, la pneumonie est celle qui est le plus souvent latente, qui produit la réaction la plus vive et excite le plus grand nombre de sympathies, sans presque déterminer de troubles fonctionnels du côté de l'organe malade. On conçoit que les symptômes précédents ont beaucoup moins de valeur chez les individus jeunes, car ceux-ci sont sujets à des maladies aiguës qui, comme les fièvres typhoïdes et éruptives, ne s'accompagnent souvent à leur début d'aucun symptôme local. Ce que je viens de dire des vieillards s'applique exactement à tous les individus qui sont atteints d'une maladie aiguë ou chronique. La pneumonie étant une complication fréquente de tous les états morbides graves, il importe que la sollicitude du médecin soit constamment éveillée du côté des organes thoraciques ; il importe de percuter et d'ausculter souvent ces malades, quand même l'absence de toute expectoration, de la toux et de la dyspnée exclurait toute idée d'inflammation pulmonaire.

L'auscultation nous fait non seulement diagnostiquer la pneumonie, mais elle nous permet encore, aidée de la percussion, d'en préciser le siége et l'étendue en surface. Ces méthodes d'explorations ne peuvent pas cependant nous apprendre à déterminer la profondeur à laquelle l'altération pénètre. On ne peut avoir, à ce sujet, que des présomptions fondées surtout sur la gravité ou la bénignité des symptômes généraux. L'auscultation et la percussion nous paraissent à peu près impuissantes pour nous faire diagnostiquer les pneumonies centrales, dans les cas où celles-ci ne se révèlent point par la nature de l'expectoration. Laënnec a bien prétendu que, dans ces cas, une oreille exercée pouvait entendre profondément la crépitation et la respiration tubaire ; mais je crois que l'illustre médecin dont je parle a ici exagéré la puissance déjà si grande de l'auscultation. J'ai, en effet, rapporté plusieurs observations (p. 494 de mon *Traité*) qui démontrent qu'une lame de poumon perméable, n'ayant que 5 à 12 millimètres d'épaisseur, avait suffi pour amortir, étouffer ou masquer des bruits pathologiques que devait produire une hépatisation rouge ou grise plus profondément placée.

Il importe beaucoup, pour le pronostic et le traitement, de savoir diagnostiquer le degré de la pneumonie. La respiration bronchique et la bronchophonie sont les seuls signes certains pour distinguer les deuxième et troisième degrés du premier, qui est caractérisé par le râle crépitant. Le mélange de ces deux bruits morbides indiquera l'existence simultanée des deux premiers degrés ; mais il est absolument impossible, nous l'avons

dit, de diagnostiquer l'un de l'autre les deuxième et troisième degrés. Cependant on pourra *soupçonner* une hépatisation grise, lorsque les malades rejettent des crachats jus de pruneaux, ou bien encore lorsqu'on entend mêlés au souffle bronchique des craquements humides et gros; enfin, lorsqu'il existe un état général grave, et que la maladie remonte déjà à plus d'un septénaire. Une collection purulente du poumon ne pourra être diagnostiquée qu'autant qu'elle communique largement avec les bronches et que le pus est évacué par l'expectoration. Si on a égard à la marche seule de la maladie et aux symptômes concomitants, on ne confondra jamais un abcès pulmonaire avec une caverne tuberculeuse ou avec une dilatation des bronches; on le distinguera aussi très facilement d'une pleurésie circonscrite. L'existence antérieure d'une maladie du foie, de la rate et des reins, des symptômes graves faisant brusquement explosion vers la poitrine, et suivis de l'expulsion d'une quantité quelquefois énorme de pus, offrant différents caractères, suivant l'organe qui l'a fourni, feront reconnaître un abcès perforant.

Dans l'état actuel de la science, on ne saurait déterminer sûrement pendant la vie si le poumon est *hépatisé* ou *splénisé*; cependant cette dernière altération sera *probable* lorsque l'auscultation ne fait découvrir au niveau de la matité ni respiration bronchique, ni expansion vésiculaire, ni râle crépitant, mais seulement quelques bulles de crépitation humide et grosse, ou lorsqu'il y a absence complète de tout bruit naturel ou morbide, comme s'il y avait un épanchement chronique ou une tumeur solide fournie par un autre organe que le poumon. Je me hâte de dire cependant qu'une pneumonie arrivant jusqu'à la surface de l'organe et ayant les caractères ordinaires de l'hépatisation rouge ou grise, peut ne se révéler ni par du souffle ni par de la crépitation, mais seulement par de la matité et par une absence de tout bruit naturel et morbide, ce dont on ne peut pas se rendre compte, lorsqu'on ne trouve pas, pour l'expliquer, une obstruction des bronches par des mucosités ou par des fausses membranes qui auraient mis obstacle à la pénétration de l'air. Si, dans les cas dont nous parlons, les crachats manquent, on ne peut arriver au diagnostic de la pneumonie que par la considération de l'état général et sympathique; car nulle affection aiguë de la poitrine ne détermine à un plus haut degré que la pneumonie, une fièvre intense, une prostration des forces, la céphalalgie, le délire, etc.

Pour peu qu'on prête attention, il est impossible de confondre la pneumonie avec aucune autre maladie aiguë de poitrine, comme la pleurésie, la phthisie aiguë, l'apoplexie pulmonaire; plus tard, à l'occasion de chacune de ces maladies nous établirons leur diagnostic différentiel. Quant à la bronchite capillaire, on la distingue de l'inflammation du parenchyme pulmonaire par les râles sibilant, ronflant et muqueux; par la sonorité toujours intacte du thorax, par des crachats blancs ou opaques, par l'absence de point de côté; si une douleur existe, elle est presque toujours sous-sternale; enfin par l'appareil fébrile, nul ou médiocre dans la bronchite, presque toujours fort dans la pneumonie. M. Roger a prouvé, en

effet, que, de toutes les affections des voies respiratoires, nulle autre que la pneumonie ne donnait lieu à un aussi grand développement de chaleur animale, puisque, chez les trois quarts, le thermomètre mis dans l'aisselle s'élève à 40° et au-delà; la moyenne pour tous fut de 39°,97. Il faudra enfin éviter de prendre pour des fièvres typhoïdes les pneumonies qui s'accompagnent de symptômes adynamiques et ataxiques; cette méprise n'est pas très rare, bien qu'il soit facile de l'éviter quand on explore attentivement la poitrine, quand on a égard au mode d'invasion de la maladie et aux symptômes abdominaux presque nuls dans la pneumonie, très notables et très variés dès le début de la fièvre typhoïde.

Pronostic. — La pneumonie est une maladie toujours grave; mais elle l'est inégalement aux différents âges de la vie. Presque toujours mortelle chez les nouveaux-nés et les enfants à la mamelle, elle est également très meurtrière jusqu'à l'âge de cinq à six ans, ce qui tient non seulement à l'âge, mais encore à ce que presque toutes les pneumonies qui surviennent à cette époque de la vie sont consécutives à un état maladif antérieur. Les faits recueillis depuis plusieurs années par MM. Barrier, Rilliet, Barthez, Valleix, Vernois, Rufz, Gerhard, Becquerel, Bouchut, le prouvent. Mais au-delà de cette époque et jusqu'à quinze ans, la pneumonie est une affection bien moins sérieuse. Dans les périodes suivantes, la mortalité est, en général, d'autant plus grande, et le pronostic doit être par conséquent d'autant plus fâcheux que les individus sont plus âgés; ainsi j'ai démontré que la mortalité, qui, de seize à trente ans, est à peine d'un quatorzième, d'un septième entre trente et quarante, d'un sixième entre quarante et cinquante, d'un cinquième entre cinquante et soixante, emporte les 8/10e de ceux qui ont plus de soixante-dix ans. J'ai vu également que, toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie offrait plus de gravité chez la femme que chez l'homme, chez les sujets débiles que chez les individus fortement constitués. L'état de grossesse est en outre une circonstance des plus fâcheuses, car presque toutes les femmes succombent après avoir avorté ou accouché prématurément. Les sujets d'une constitution débile, la conformation vicieuse du thorax, les rachitiques, des pneumonies antérieures, des conditions hygiéniques défavorables, l'habitude de l'ivrognerie, le traitement commencé à une époque déjà éloignée du début, sont tout autant de circonstances qui rendent l'issue plus incertaine, tandis que les saisons, la nature des causes occasionnelles, n'influent pas sensiblement sur le pronostic. La pneumonie droite n'offre ni plus ni moins de gravité que celle du côté gauche; mais des faits nombreux ont prouvé que la phlegmasie du lobe supérieur se terminait plus souvent d'une manière funeste que celle du lobe opposé, sans qu'on puisse jusqu'à présent déterminer bien exactement quelle est la raison d'une pareille différence. Parmi les symptômes, il en est un certain nombre qui deviennent encore un élément de pronostic; ainsi l'accélération très grande de la respiration, celle du pouls, lorsqu'elle atteint ou qu'elle dépasse 120 pulsations chez l'adulte, indique toujours beaucoup de gravité. Le péril est surtout très grand lorsque la respiration est inégale, entrecoupée; lorsque le pouls est

petit, irrégulier, intermittent; lorsque les malades ont des syncopes. Les crachats *jus de pruneaux* ou *de réglisse* sont du plus fâcheux augure, car nous avons vu qu'ils coïncident le plus souvent avec l'hépatisation grise. La suppression brusque de l'expectoration est également une circonstance fâcheuse, surtout lorsque les crachats continuant à être exhalés s'accumulent dans les bronches. Enfin, l'inspection de l'urine pourra être utile pour le pronostic. Ainsi nous croyons que si, pendant la période aiguë, l'urine fournit un dépôt spontanément, ou après avoir été traitée par l'acide nitrique, il est probable que la maladie aura une heureuse issue (je suppose que le précipité ne dépend pas d'une maladie des reins). On peut dire, en règle générale, que, pour fixer son jugement sur l'issue qu'aura la pneumonie, le médecin aura égard avant tout à l'état général du sujet : ainsi le pronostic devrait être très incertain si l'auscultation et la percussion indiquant une diminution dans l'engorgement pulmonaire, les symptômes généraux restaient néanmoins stationnaires. Le pronostic sera fâcheux si, en même temps que les accidents locaux paraissent s'amender, on note, au contraire, de l'aggravation dans les symptômes généraux; s'il n'existe alors aucune complication qui en rende compte, on regardera comme probable le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. Il faut surtout chez l'enfant et chez le vieillard ne compter sur une amélioration qu'on constate qu'autant qu'elle est notable, et qu'elle persiste depuis quelque temps, car nous avons vu plus haut qu'aux deux extrêmes de la vie, la pneumonie avait souvent une marche saccadée; que les phénomènes stéthoscopiques disparaissaient et reparaissaient quelquefois à deux ou trois reprises différentes, avant que la maladie eût une issue funeste. Toutes les complications rendent le pronostic plus grave. La forme typhoïde est toujours fâcheuse, mais elle entraîne surtout un grand péril, lorsqu'elle règne épidémiquement. Quel que soit l'âge du sujet, la pneumonie est presque toujours mortelle lorsqu'elle survient dans le cours d'une maladie générale, telle que fièvre éruptive, phlébite, affections cancéreuses, maladie de Bright et diabète. La maladie est également très meurtrière chez les aliénés en démence et paralytiques. Au contraire, des faits multipliés nous ont prouvé, ainsi qu'à MM. Andral et Louis, que la pneumonie qui survient chez les phthisiques qui ont encore de l'embonpoint et des forces guérit presque constamment sans aggraver la maladie préexistante, même lorsqu'il existe déjà des excavations dans les poumons.

Étiologie. — La pneumonie est une maladie de tous les âges. Plus commune aux deux extrêmes de la vie, cause principale de la mortalité chez les vieillards, elle a son maximum de fréquence chez l'adulte dans la période de vingt à trente ans. Si l'homme y est de deux à quatre fois plus sujet que la femme, cela ne dépend pas d'une action spéciale exercée par le sexe, mais bien des conditions hygiéniques différentes, puisque, lorsque celles-ci sont les mêmes, la proportion des pneumonies ne diffère guère chez l'homme et chez la femme. Si l'influence des tempéraments et de la constitution dans la production des pneumonies n'est pas encore suffisam-

ment établie, les faits ont, du moins, démontré qu'une vicieuse conformation du thorax ne prédisposait pas à la maladie ; que celle-ci semblait être d'autant plus commune que les individus étaient plus pauvres, qu'ils faisaient plus d'excès et se livraient à des travaux plus rudes. Des attaques antérieures en appellent de nouvelles ; et, dans les récidives, la maladie a de la tendance à envahir toujours le même poumon. La pneumonie sévit dans tous les pays du globe ; mais nous l'avons trouvée plus commune dans les régions septentrionales et dans les climats tempérés, c'est dans les pays équatoriaux qu'elle paraît avoir son minimum de fréquence. Nous avons prouvé également qu'elle pouvait être aussi très fréquente dans les pays placés dans des conditions tout à fait opposées, tels que Malte et les îles Bermudes. La pneumonie peut régner sporadiquement ou épidémiquement à toutes les époques de l'année ; mais j'ai trouvé qu'à Paris elle a, en général, son maximum de fréquence dans les mois de mars et avril. Quant à l'influence des causes occasionnelles, j'ai démontré combien le poumon s'enflamme difficilement par l'action des violences extérieures ; ce n'est guère, en effet, que sur un quart des sujets que j'ai pu constater l'action d'une cause occasionnelle : c'était chez presque tous un refroidissement du corps. Ainsi, dans la grande majorité des cas, la pneumonie survient sans le concours d'aucune cause excitante appréciable ; c'est-à-dire que la maladie est alors, selon toute apparence, *spontanée*. D'ailleurs toutes les fois qu'une cause occasionnelle a provoqué l'explosion de la pneumonie, on doit admettre que cette cause n'a pu avoir d'effet qu'autant que l'individu était antérieurement prédisposé à en recevoir les atteintes, puisque cette cause avait déjà agi dans des circonstances semblables en apparence, sans produire les mêmes effets fâcheux.

Dans l'ouvrage auquel j'ai emprunté les résultats précédemment indiqués, j'ai encore prouvé que tout état morbide de l'économie dans lequel il existe un mouvement fébrile et un grand degré de faiblesse prédisposait aux phlegmasies pulmonaires. C'est surtout chez les enfants et les vieillards qu'on retrouve cette tendance extrême des poumons à s'enflammer dans le cours de toute espèce de maladie aiguë et chronique. Ainsi, chez les premiers, les pneumonies secondaires, qui sont presque les seules qu'on observe dans les cinq ou six premières années, sont surtout communes dans la gangrène de la bouche, dans la rougeole, la coqueluche, le croup, la variole, la fièvre typhoïde et l'entérite chronique. Parmi les maladies spéciales aux adultes, ou du moins plus fréquentes à cet âge, nous citerons, comme produisant souvent des pneumonies : dans les maladies aiguës, la morve et les phlébites ; puis viennent successivement la fièvre typhoïde, les affections aiguës des centres nerveux et les autres maladies fébriles, telles que le rhumatisme, etc. ; dans les maladies chroniques, on distingue d'abord la phthisie ; les affections organiques du cœur, les maladies cancéreuses ; les lésions chroniques du foie et la démence paralytique viennent ensuite. Presque toutes ces maladies déterminent l'explosion des pneumonies par suite de la faiblesse qu'elles produisent, soit que celle-ci agisse en rendant plus faciles les congestions passives des poumons, soit que l'indi-

vidu affaibli soit plus impressionnable, et résiste moins aux causes ordinaires des pneumonies. Quoi qu'il en soit, la première cause est réelle, et il est certain, comme M. Piorry a d'ailleurs le mérite de l'avoir établi le premier, que le décubitus dorsal prolongé finit par produire, dans les parties déclives des poumons, un engouement sanguin, qui est la cause d'un grand nombre de pneumonies consécutives (*pneumonie hypostatique*).

Traitement. — La pneumonie n'étant point une maladie spécifique, et se présentant en outre avec des caractères très différents, suivant les âges, les constitutions médicales, etc., il est inutile d'insister ici pour prouver qu'on ne saurait adopter contre elle une médication uniforme.

Les saignées ont été de tout temps le moyen principal et souvent unique à l'aide duquel les praticiens de tous les pays ont combattu les pneumonies. A différentes époques aussi, on vit les émissions sanguines, prodiguées par les uns, être exclues par d'autres. Mais nous avons prouvé que, pour être dans le vrai, il ne fallait adopter aucune de ces opinions exclusives. Ainsi j'ai démontré aux pages 559 et suivantes de mon *Traité* que l'expectation était nuisible même dans ces pneumonies bénignes que la nature, aidée du régime, peut à elle seule guérir. A plus forte raison faut-il agir dans les pneumonies graves : aussi ai-je établi comme principe de traitement, et ne souffrant aucune exception, *qu'à toute pneumonie bénigne il fallait opposer un traitement plus énergique que ne semblait devoir exiger l'état général et local.* Ainsi, dans ces cas, on devra pratiquer une saignée du bras ; si la douleur de côté prédomine, on donnera la préférence à une saignée locale ; quelquefois on combinera ces deux modes d'évacuation. A ces moyens on joindra l'usage des boissons pectorales et de quelques laxatifs doux. Ce traitement aura l'avantage, sur l'expectation, d'empêcher certaines pneumonies de devenir plus graves ; il soulagera surtout plus vite, et abrégera sensiblement la durée de la maladie.

La saignée n'est pas utile dans tous les cas de pneumonie ; c'est ainsi qu'elle est nuisible dans la plupart de celles qui sont secondaires, et généralement toutes les fois que la maladie atteint des sujets cacochymes affaiblis par la misère et par l'âge ; ou bien encore lorsqu'elle revêt une forme typhoïde, ou qu'elle apparaît dans le cours de certaines constitutions médicales, ainsi que Sydenham et Huxham l'ont observé. En un mot, il faut s'abstenir de saignées lorsque la prostration est extrême, le pouls petit, fuyant sous le doigt irrégulier, et lorsque, d'après l'ensemble des symptômes, on doit craindre le passage de la pneumonie au troisième degré. Hors ces cas, la saignée est utile ; l'âge trop tendre ou trop avancé des sujets n'est jamais et ne peut être une contre-indication absolue à son emploi ; mais ces circonstances doivent seulement nous forcer à moins la prodiguer ; il en est de même de l'ancienneté de la maladie, qui ne peut jamais à elle seule faire proscrire la saignée, si d'ailleurs les symptômes généraux la réclament. Il ne faut pas oublier que la saignée sera d'autant plus efficace, soit pour soulager, soit pour abréger la durée de la maladie, qu'on la pratiquera à une époque plus voisine du début.

Les émissions sanguines locales ne pouvant produire un dégorgement assez rapide, on doit, si l'état du pouls le permet, leur préférer les saignées générales. Cependant, lorsque la douleur de côté est vive, il faudra recourir à une application de sangsues ou de ventouses, qui ont l'avantage d'enlever le point de côté plus rapidement que ne fait l'ouverture de la veine. Cependant les saignées locales sont à peu près les seules qu'il convient de faire aux enfants, du moins chez ceux qui ne dépassent pas six ans. On mettra deux sangsues seulement chez les plus jeunes, dix ou douze chez les plus âgés; on pourra même y revenir une ou plusieurs fois. Chez l'adulte aussi on répétera la saignée plus ou moins fréquemment ; chaque évacuation sera plus ou moins abondante, suivant l'état des forces, le degré de résistance du pouls et la résistance de l'inflammation. Ainsi il est des individus pléthoriques, vigoureux, chez lesquels on pourra pratiquer avec avantage trois ou quatre saignées dans les vingt-quatre heures; on pourra même les répéter en nombre égal les jours suivants, tandis que chez d'autres on doit se borner à une seule émission sanguine. Il suit de là qu'on ne saurait fixer, même approximativement, la quantité de sang que les individus atteints de pneumonie peuvent perdre, ni le nombre de saignées qu'on peut leur pratiquer. M. Bouillaud est le seul médecin qui se soit élevé contre des principes qui sont sanctionnés par l'expérience des plus grands maîtres et par l'observation de tous les jours. Ce professeur a, en effet, soumis le traitement de la pneumonie à des règles fixes en déterminant le nombre de saignées qu'on devait pratiquer chaque jour et jusqu'à la quantité de sang qu'il fallait extraire à chacune d'elles. Par sa méthode, le professeur de la Charité a prétendu guérir un plus grand nombre de malades ; il dit aussi les avoir soulagés plus vite et avoir abrégé de beaucoup la durée totale de la maladie. Mais personne aujourd'hui ne croit plus à ces miracles, depuis qu'ayant analysé les faits rapportés par l'auteur, j'ai démontré que la mortalité d'un huitième obtenue par M. Bouillaud s'expliquait par l'âge peu avancé de ses malades, qui avaient pour moyenne trente-trois ans. Non seulement M. Bouillaud a trouvé un utile auxiliaire dans l'âge de ses malades, mais il a été encore favorisé par le grand nombre de pneumonies bénignes ou peu graves qui lui sont échues ; ajoutons, enfin, que presque toutes les pneumonies ont été observées sur des hommes, chez lesquels la mortalité est moins considérable que chez les femmes ; de sorte qu'en considérant toutes les circonstances heureuses au milieu desquelles M. Bouillaud s'est trouvé, on serait en droit de se plaindre qu'il n'ait pas obtenu de résultats encore plus avantageux. Nous avons dit que M. Bouillaud prétendait aussi, par sa méthode, soulager et guérir moitié plus vite ses malades que par les traitements ordinaires ; mais cette assertion est uniquement fondée sur une manière vicieuse, adoptée par M. Bouillaud, pour calculer la durée des maladies. Ainsi, tandis que tout le monde comprend dans la durée d'une pneumonie le temps écoulé depuis le début des premiers symptômes, et de la fièvre surtout, jusqu'à la convalescence, M. Bouillaud, chose presque incroyable, a donné longtemps comme durée de la maladie la durée du traitement.

Par exemple, pour les malades traités dans les hôpitaux, qui ne viennent réclamer nos soins qu'après trois, cinq, huit ou dix jours de maladie, M. Bouillaud, ne tenant aucun compte de cette période, datait la guérison ou la mort à partir seulement *du jour où les malades étaient entrés à l'hôpital;* de sorte que des pneumonies qu'il indiquait comme ayant duré neuf jours en avaient réellement duré quinze, lorsqu'on voulait compter comme tout le monde. Depuis quelques années pourtant, M. Bouillaud a renoncé à ce système ; mais celui qu'il a adopté est tout aussi vicieux que le premier, car il consiste à rapprocher le terme de la convalescence, et à dater celle-ci *du moment où la fièvre a diminué*, *mais n'a pas encore cessé* (1) ; comme si on était en droit de considérer comme guéris de pneumonie des individus chez lesquels le mouvement fébrile n'est pas encore complétement éteint. Il faut supposer une bien grande préoccupation d'esprit à M. Bouillaud pour qu'il ait pu comparer des faits ainsi interprétés avec les nôtres et avec ceux de MM. Louis et Chomel, et surtout pour qu'il ait pu rapporter à sa méthode de traitement un bénéfice qu'elle n'a pas donné. D'ailleurs le traitement adopté par M. Bouillaud abrège si peu la durée de la pneumonie, que si on veut analyser les faits qu'il a publiés, d'après les règles fixes qui ont été posées par M. Louis, et que nous avons adoptées nous-même, on trouve que M. Bouillaud n'a pas guéri plus vite que nous. C'est donc sans aucune utilité que ses malades ont perdu 1 kilogramme de sang de plus que les nôtres. Dieu sait ce qui a pu en résulter de fâcheux pour leur constitution ou tout au moins pour le rétablissement de leurs forces !

Quoique les opinions de M. Bouillaud n'aient trouvé de l'écho nulle part chez les praticiens, j'ai cru cependant, en raison de la haute position officielle de l'auteur, et de l'autorité que lui donne son talent, devoir les réfuter encore dans ce livre, afin de prémunir mes jeunes confrères, non encore initiés aux difficultés de la pratique, contre les dangers d'une doctrine qu'ils ne suivront pas, je l'espère. Si d'ailleurs quelques doutes pouvaient encore s'élever dans l'esprit de mes lecteurs, je les renverrais à mon *Traité de la pneumonie*, dans lequel j'ai longuement analysé et prouvé mathématiquement le peu de valeur de tous les documents publiés par M. Bouillaud et par ses élèves.

En résumé, on doit, dans le traitement de la pneumonie, saigner largement et rapidement; mais il faut le faire dans la mesure des forces et suivant les exigences de la maladie. Ainsi que nous l'avons dit dans nos généralités sur l'inflammation, il ne faut pas s'attendre à ce que les saignées, si on les pratique dès le début, aient un résultat immédiatement utile; car la pneumonie, comme toutes les autres maladies, a une période d'augment qui marche, quelque abondantes d'ailleurs que soient les pertes de sang. Rasori exprimait la même pensée, et son témoignage a d'autant plus de valeur qu'on sait que ce grand médecin retirait fréquemment plus de 6 kilogrammes de sang à ses malades, sans qu'une perte

(1) Voir sa *Clinique*, t. II, p. 206.

aussi considérable empêchât le plus souvent l'affection de s'accroître.

Cependant, lorsque la maladie ne cède pas aux antiphlogistiques, il arrive une époque où ces moyens ne sont plus applicables; dans ces cas, la majorité des modernes administre les préparations antimoniales, et particulièrement l'émétique à haute dose; mais nous ne pensons pas qu'on doive retarder jusqu'alors pour recourir à la médication contre-stimulante. Je crois, en effet, avoir démontré que l'affaiblissement très grand des malades était une circonstance fâcheuse, qui rendait l'action de l'émétique beaucoup plus incertaine. Il faut bien se garder de jamais épuiser la possibilité de saigner. La seule condition qui nous paraisse essentielle pour la bonne administration de l'émétique consiste à faire préalablement perdre au pouls sa dureté, à l'aide d'une ou plusieurs saignées pratiquées à peu d'intervalle les unes des autres. C'est là, je le répète, tout le secret pour bien administrer l'émétique : aussi, dans les cas où, dès le début, le pouls reste mou, dépressible, quelque vives d'ailleurs que soient la douleur de côté et la fièvre, quelque étendue qu'ait la pneumonie, on doit s'abstenir alors de toute émission sanguine, pour donner immédiatement l'émétique à haute dose, sauf, si le pouls se relève et acquiert de la dureté le lendemain, à recourir à la saignée générale ou locale. On ne reprendra l'usage du tartre stibié qu'après que le pouls sera redevenu souple et mou. C'est en suivant ces principes qu'on pourra n'avoir, chez les sujets traités dans nos hôpitaux d'adultes, qu'une mortalité d'un huitième environ. C'est aussi par l'administration de l'émétique qu'on détermine ces améliorations rapides, souvent presque instantanées, qu'on n'obtient jamais aussi promptement par l'emploi des saignées. La médication par l'émétique est applicable aux pneumonies de tous les âges : MM. Rilliet et Barthez ont prouvé que, combinée aux sangsues, elle constitue le mode de traitement le plus utile dans les phlegmasies pulmonaires des enfants. Chez presque tous les malades adultes on commence par donner 30 centigrammes d'émétique dans une potion gommeuse; chez les vieillards on peut commencer par 40 ou 50 centigrammes; chez les nouveaux-nés on donnera 10 centigrammes, et chez les enfants au-dessus de deux ou trois ans, on peut débuter par 15 ou 20. Les doses sont ensuite augmentées ou diminuées suivant les effets obtenus : ainsi, chez l'adulte et les vieillards, on pourra donner successivement jusqu'à 1 gramme d'émétique. Je ne crois pas que, dans notre climat, il soit prudent de dépasser cette dose, qu'on pourrait élever dans les climats plus chauds, comme ceux d'Italie, d'Espagne, et peut-être dans le midi de la France. L'émétique sera administré dans une potion gommeuse de 90 à 120 grammes, qu'on donne par cuillerée d'heure en heure. Presque toujours, après la deuxième ou troisième cuillerée, quelquefois dès la première, les malades éprouvent des vomissements bilieux et surtout des selles jaunes, plus ou moins nombreuses et abondantes, qui diminuent généralement ou cessent même tout à fait les jours suivants, lorsqu'on continue l'emploi de l'émétique : on dit alors qu'il y a *tolérance*. Quelques personnes, regardant à tort la tolérance comme une circonstance avantageuse à l'action de l'émétique, ont cru l'établir plus

facilement en ajoutant une préparation opiacée à la potion stibiée ; mais j'ai démontré que cette addition était parfaitement inutile. Le seul moyen qu'on a pour rendre les effets primitifs moins nombreux consiste à mettre l'émétique dans une petite quantité de véhicule (90 grammes) , et à l'aromatiser. Les évacuations qu'on provoque sont avantageuses par la révulsion dont elles sont l'effet , aussi bien que par les secousses qui les accompagnent. On peut dire, en outre, que la tolérance qui s'établit dès le début est une circonstance de fâcheux augure , car elle indique un défaut de réaction de l'organisme contre l'action des médicaments : aussi ne l'observe-t-on guère que chez les vieillards et chez les sujets affaiblis. Cependant , indépendamment de son effet révulsif, l'émétique paraît agir surtout en vertu d'une action spéciale qu'il exerce sur la nutrition consécutivement à son absorption. L'emploi de l'émétique n'est contre-indiqué que lorsque le malade porte une lésion organique ou une phlegmasie vive des organes digestifs ; mais une entérite légère , où l'état de grossesse , ne sont pas un obstacle à l'administration du médicament.

D'autres préparations antimoniales ont été préconisées dans la pneumonie : tels sont surtout l'oxide blanc , à la dose de 4 à 16 grammes , et le kermès, dont on donne de 60 centigrammes à 3 ou 4 grammes ; mais l'utilité de ces remèdes n'est pas encore suffisamment démontrée. L'oxide blanc n'est peut-être qu'une poudre peu active , presque inerte , disent quelques uns. Et quant au kermès , c'est un remède tellement infidèle , si variable dans ses effets, qu'il est tout à fait impossible de se fier à lui. Dans une maladie qui , comme la pneumonie , marche avec une rapidité si grande , il faut préférer les remèdes contre-stimulants, qui sont d'une composition partout identique et d'un effet par conséquent certain. A tous ces titres , nulle préparation antimoniale n'est préférable au tartre stibié. Je ne dirai rien de la digitale , de l'acétate de plomb , de l'acide cyanhydrique ou prussique , de l'eau de laurier-cerise , médicaments très préconisés en Italie et en Allemagne comme ayant des propriétés contre-stimulantes. Mais on ne saurait ajouter aucune confiance aux faits produits jusqu'à ce jour. Jusque dans ces derniers temps j'avais un peu douté de l'efficacité des vésicatoires, qui sont d'un usage si général , si universel dans le traitement de la pneumonie ; d'ailleurs , trois grandes autorités , Rasori, Laënnec et M. Louis, avaient émis les mêmes doutes avant moi ; elles ont même contesté tout à fait l'utilité des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie des adultes ; mais des faits plus nombreux recueillis dans ces dernières années ne me permettent plus d'adopter cette opinion. Et je crois aujourd'hui , avec la généralité des médecins , que les vésicatoires appliqués, non au début, comme quelques uns le font, mais à une époque plus avancée et après l'emploi des saignées, sont un des moyens adjuvants les plus puissants que nous possédions. Je les emploie même habituellement chez les jeunes enfants , et je n'ai qu'à m'en louer ; je les applique chez eux un peu plus tôt que chez l'adulte. Ce moyen puissant est aussi fréquemment mis en usage par M. le professeur Trousseau , qui est dans l'habitude , chez les enfants à la mamelle atteints de pneumonie , de pro-

mener de larges vésicatoires volants sur la poitrine, en avant et en arrière, et cela dès le début et à toutes les périodes de la maladie.

Parmi les complications de la pneumonie que nous avons étudiées précédemment, le délire est la seule qui exige quelquefois une médication spéciale. Si le trouble des facultés intellectuelles se rattache à une phlegmasie des méninges, ou si, survenu dès le début, il dépend de l'intensité de la fièvre, c'est une raison de plus pour insister sur les antiphlogistiques. Mais si le délire s'accompagne de cette série d'accidents qui caractérisent la forme ataxique, on devra tenter l'emploi des antispasmodiques. C'est dans ces conditions que M. Récamier a préconisé le musc, à la dose de 40 ou 50 centigrammes à 1 gramme et plus, donné en pilules de 5 centigrammes, à une heure de distance, jusqu'à rémission des accidents. Quelques faits favorables autorisent l'emploi de ce médicament, dont nous n'avons pas cependant recueilli nous-même grand avantage. Enfin, lorsque le délire survenant chez les ivrognes offre le caractère du *delirium tremens*, on doit se hâter d'administrer l'opium par la bouche ou en lavements; en outre, comme cette forme de délire naît toujours par suite de la suppression brusque des alcooliques, on ne devra jamais manquer de permettre l'usage d'un peu de vin à ceux qui sont habitués à en boire chaque jour une grande quantité. C'est un précepte sur lequel M. Chomel insiste beaucoup, et qu'il observe toujours dans sa pratique.

La forme que la pneumonie revêt doit modifier encore le traitement. Ainsi, dans les pneumonies bilieuses, il y a un élément nouveau qu'il faut combattre par les évacuants; mais tous les moments ne sont pas également opportuns pour obéir à cette indication. Lorsque cet état coexiste avec une vive réaction fébrile, avec un pouls fort, développé, il faut le négliger pour ne s'occuper que de l'état inflammatoire, et il arrive souvent que les antiphlogistiques triomphent à la fois et de la fièvre et de la complication bilieuse. Si, au contraire, l'état bilieux prédomine; si le pouls est faible, mou, il faut commencer par donner un éméto-cathartique. L'emploi des évacuants dans la pneumonie doit être restreint aux cas où il y a une indication positive. On ne saurait, par conséquent, à l'exemple de Rivière, en faire une méthode générale. Cependant les vomitifs répétés peuvent convenir dans quelques autres cas spéciaux, notamment dans la pneumonie des enfants à la mamelle. M. Trousseau, qui saigne souvent une et deux fois les enfants de trois mois atteints de pneumonie simple, administre dans tous les cas, quelle que soit la forme de la maladie, l'émétique à dose vomitive; ce médicament et les autres antimoniaux prescrits à titre de contre-stimulants sont, suivant lui, moins efficaces que les vomitifs.

Le traitement des pneumonies typhoïdes est bien plus difficile; car aucune méthode n'est applicable à tous les cas; il faut même varier la médication suivant la période de la maladie. Ainsi, au début, il y a souvent nécessité de tirer du sang; mais il faut le faire toujours avec prudence; si plus tard la faiblesse est grande, si les fonctions cérébrales sont perverties, il faut oublier la nature inflammatoire de la maladie pour ne s'occuper que de l'indication vitale, c'est-à-dire administrer le quinquina, le vin; c'est,

en effet, ce qui a souvent lieu chez les vieillards. Dans les formes intermittentes et rémittentes, on doit donner le sulfate de quinine le plus tôt possible ; mais si on n'est appelé qu'au moment de l'accès, on devra, s'il y a beaucoup de douleur et d'oppression, recourir préalablement à une émission sanguine. Enfin, le traitement des pneumonies consécutives est l'un des points les plus difficiles de la médecine pratique. En règle générale, il convient de n'employer les débilitants qu'avec la plus grande circonspection, et de choisir ceux qui prostrent le moins et qui soulagent le plus vite; à ce double titre, l'émétique à haute dose sera souvent préféré. Je ne prétends pas dire pourtant qu'il ne faut pas saigner ; mais je veux seulement qu'on réserve la saignée à quelques cas, et qu'on n'en use toujours qu'avec modération.

DE LA PLEURÉSIE.

Le mot *pleurésie*, qui a longtemps signifié toute douleur vive siégeant dans un des côtés de la poitrine, est aujourd'hui exclusivement consacré pour désigner une inflammation de la plèvre.

Division. — La pleurésie est distinguée en *aiguë* et en *chronique*. On la divise aussi en *générale* et en *partielle*, suivant que la phlegmasie occupe la plèvre dans toute son étendue ou suivant qu'elle est limitée à un espace plus ou moins circonscrit : c'est ainsi que la pleurésie est dite *costo-pulmonaire*, *diaphragmatique*, *médiastine*, *interlobaire*, suivant que l'inflammation est bornée à la plèvre qui recouvre les côtes et la face correspondante des poumons, ou à celle qui tapisse le diaphragme, le médiastin ou la scissure interlobaire.

Historique. — La pleurésie est mentionnée depuis un temps immémorial; néanmoins les médecins ont eu pendant longtemps sur elle des idées très confuses. Confondue pendant des siècles avec la pneumonie, décrite comme affection distincte par Boerhaave et De Haen, confondue de nouveau par Haller, Tissot, Cullen et par Portal, elle a été définitivement séparée par Pinel ; enfin Laënnec, en apprenant à la reconnaître sur le vivant et à la distinguer de la pneumonie, chose difficile avant lui, a mis fin à toutes les disputes. Cette maladie a été l'objet de quelques travaux de la part de plusieurs de nos contemporains, parmi lesquels je citerai, après Laënnec, MM. Cruveilhier (1), Andral (2), Chomel (3), Hirtz (4), Heyfelder (5), Damoiseau (6), Oulmont (7) et Baron fils (8); ce dernier a étudié la pleurésie du jeune âge.

Anatomie pathologique. — Dans la pleurésie, la plèvre paraît rouge, injectée ; mais nous avons vu précédemment que cette injection, pénétrant rarement la membrane elle-même, n'existait que dans le tissu cel-

(1) *Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques*, article *Pleurésie.* (2) *Clinique médicale*, t. IV. (3) *Dict. de médecine*, 1re et 2e édit., article *Pleurésie.* (4) *Archives*, 2e série, t. XIII, p. 172. (5) *Ext. dans Archives*, 3e série, t. V, p. 59. (6) *Archives*, année 1843, et Thèse de Paris, 1845. (7) Thèse de Paris, 1844. (8) Thèse de Paris, 1841.

lulaire subjacent. La plèvre d'ailleurs n'a subi aucune altération appréciable de nutrition : dans quelques cas seulement elle nous a paru se détacher plus facilement, ce qui peut tenir bien moins à une lésion propre qu'à une altération du tissu cellulaire, qui est le siége de l'injection phlegmasique. Cependant la pleurésie, pourvu qu'elle se prolonge pendant un ou deux jours, ou même pendant quelques heures seulement, détermine une altération de sécrétion, consistant ordinairement dans un épanchement séro-albumineux, dont la quantité varie depuis quelques grammes jusqu'à un ou plusieurs kilogrammes. La matière épanchée est en grande partie formée par un liquide séreux de couleur citrine; assez souvent celui-ci est opaque, louche, jaune ou verdâtre, rarement il est rougeâtre et formé par du sang plus ou moins pur; la pleurésie, dans ce cas, est nommée *hémorrhagique*. Des concrétions albumineuses et membraniformes existent toujours dans le fluide épanché, mais il s'y trouve en quantité très variable : parfois il n'y a que quelques flocons rares et grisâtres; mais le plus souvent l'exsudation albumineuse forme le quart ou le tiers de l'épanchement. Quelquefois même il n'existe pas ou à peine de sérosité, tandis que la plus grande partie de la cavité pleurale est remplie par une matière d'un blanc jaunâtre, opaque ou demi-transparente, parfois fluide comme de la crème, ayant le plus souvent la consistance de l'albumine cuite ou de la couenne inflammatoire. Elle est épanchée en masse vers les gouttières vertébrales et sur le diaphragme, ou bien elle tapisse les surfaces pariétale et viscérale de la plèvre, qu'elle fait adhérer immédiatement, ou par des lames de même nature. Ces concrétions sont disposées, tantôt uniformément, tantôt elles le sont sous forme de granulations plus ou moins confluentes, ou bien par plaques irrégulières, d'une épaisseur qui varie entre 1 et 6 millimètres. Lorsqu'on les détache, on retrouve au-dessous d'elles la membrane séreuse avec sa transparence, son poli, son épaisseur, sa consistance et souvent sa couleur normale. Lorsque ces fausses membranes existent seules et sans aucun épanchement liquide, on dit que la *pleurésie est sèche*. Enfin des fluides aériformes se rencontrent quelquefois dans la plèvre enflammée; leur présence indique presque toujours une perforation pulmonaire ou bien une gangrène de la plèvre; cette dernière altération est d'ailleurs excessivement rare. En même temps que ces lésions existent, on constate encore divers changements dépendant de l'épanchement lui-même : ainsi, lorsque celui-ci est considérable, le côté correspondant de la poitrine est dilaté; les espaces intercostaux sont élargis; le diaphragme est refoulé vers le ventre; le médiastin et le cœur sont déviés vers le côté sain; mais les principaux effets de compression se remarquent vers le poumon, qui est ordinairement refoulé dans la gouttière vertébrale; son tissu est flasque, grisâtre, exsangue et vide d'air. Des expériences de M. Oulmont tendent à prouver que quelques heures de compression suffisent pour que l'organe ne puisse reprendre par l'insufflation la plus forte, son volume primitif; c'est à peine même si on peut le soulever et le distendre un peu.

Lorsque la mort arrive à une époque éloignée, on trouve la partie li-

quide de l'épanchement diminuée ou même tout à fait résorbée : le poumon, moins comprimé, se développe, et n'est plus séparé des parois thoraciques que par l'exsudation albumineuse qui tend à s'organiser. Il suffit de peu de jours pour qu'on voie souvent dans l'épaisseur des fausses membranes des lignes rougeâtres s'anastomosant à la manière des vaisseaux : cependant, dans la plupart des cas, on ne reconnaît pas cette disposition vasculaire ; mais on voit les concrétions membraneuses, molles et albumineuses d'abord, se rapprocher d'autant plus de l'organisation du tissu cellulaire qu'on les examine à une époque plus éloignée. Enfin, au bout d'un temps variable, et qui rarement est moindre de quelques mois, la transformation celluleuse est complète. On voit alors des lames plus ou moins étroites, qui font adhérer l'une à l'autre les plèvres costale et pulmonaire dans une partie ou dans la totalité de leur étendue. C'est exclusivement à une pleurésie antérieure qu'il faut rapporter les adhérences partielles ou générales des plèvres qu'on rencontre chez la plupart des adultes et des vieillards. Ces adhérences elles-mêmes peuvent devenir consécutivement le siége de toutes les altérations et transformations propres au tissu cellulaire : c'est ainsi qu'on les a vues s'enflammer, se transformer en tissus fibreux, cartilagineux, osseux ; enfin, elles ont été quelquefois le siége d'épanchements sanguins, de mélanose, de tubercules, de cancer, etc. Les adhérences peuvent être générales ou partielles : celles-ci circonscrivent des espaces plus ou moins considérables, dans lesquels la plèvre est intacte ; et si celle-ci vient à s'enflammer plus tard, l'épanchement séro-albumineux sera comme enkysté : on dit alors que la pleurésie est *partielle* ou *circonscrite*. Cette variété peut exister dans tous les points de la plèvre ; mais on la trouve spécialement dans la scissure interlobaire, à la face convexe du diaphragme et à la partie postérieure, inférieure ou latérale de la poitrine. Dans ces espèces de pleurésies, l'épanchement, pour peu qu'il soit abondant, a pour effet constant de refouler fortement le tissu pulmonaire et de s'y creuser une cavité : aussi a-t-on souvent cru alors à l'existence d'un abcès du poumon ; mais il est pourtant facile d'éviter l'erreur : car si on évacue le liquide et si on détache la fausse membrane, on reconnaît que la plèvre est intacte au-dessous d'elle, et que le tissu pulmonaire n'a pas été érodé, mais seulement déprimé. Ces pleurésies partielles coexistent souvent avec des tubercules dans les poumons ; elles sont peut-être plus souvent chroniques qu'aiguës.

M. Beau a avancé dans ces derniers temps (*Archives de* 1847) que dans les pleurésies simples comme dans les pleuro-pneumonies, la phlegmasie se propageait constamment aux nerfs intercostaux qui sont en contact presque immédiat avec la plèvre malade et cela dans le 1/3 postérieur de leur trajet, c'est-à-dire jusqu'à l'angle des côtes. Cette lésion consisterait en une injection souvent vive du cordon nerveux ; celui-ci serait augmenté de volume, mais sans modification dans la consistance du tissu. Je n'ai pu encore vérifier suffisamment la réalité des faits avancés par M. Beau ; je réserve donc mon jugement.

Symptômes. — La pleurésie peut avoir des prodromes ; mais son début

est ordinairement brusque, et il est moins souvent marqué par un frisson initial que ne l'est celui de la pneumonie. La douleur de côté manque, au contraire, beaucoup plus rarement que dans cette dernière; elle siège presque toujours à la région mammaire : quelquefois elle existe plus inférieurement à la base de la poitrine, ou bien en arrière, dans le dos ou dans les lombes, plus rarement vers l'aisselle. Elle est presque toujours vive, pongitive, déchirante, fixe ou peu mobile, elle augmente par la toux, par les inspirations et par la pression intercostale. La plupart la font dépendre directement de l'inflammation de la plèvre, tandis que M. Beau la rapporte à l'inflammation concomitante du nerf intercostal (1). Quoi qu'il en soit de cette opinion sur laquelle je ne puis encore me prononcer en complète connaissance de cause, la douleur, quelle qu'en soit la raison ou le siége, s'accompagne toujours d'une dyspnée, d'une oppression plus ou moins grande. La respiration est courte, fréquente, anxieuse; il existe aussi une toux sèche et pénible. Si on ausculte alors le côté malade, il peut arriver qu'on trouve déjà le bruit respiratoire plus faible, quoiqu'il ne se soit pas encore formé d'épanchement, ainsi que la percussion le démontre; celle-ci fournit en effet un son tout à fait clair. L'affaiblissement du murmure vésiculaire dépend de ce que, en raison de l'intensité de la douleur, les malades dilatent incomplétement la poitrine, et introduisent à chaque inspiration une quantité d'air beaucoup moins considérable que de coutume. Quoi qu'il en soit, une exhalation séro-albumineuse ne tarde pas à se faire. Lorsqu'aucune adhérence ne s'y oppose, le liquide s'épanche dans le point le plus déclive de la cavité pleurale. Ce point n'est pas situé, comme on le dit, près du rachis; mais, d'après les recherches récentes de MM. Damoiseau et Maillot, il correspondrait à la concavité de la grande courbure des côtes, à peu près à égale distance de la colonne vertébrale et du sternum, et chez quelques sujets à l'union du septième postérieur avec les deux tiers antérieurs de la côte : c'est donc là que, par la percussion, on constate d'abord une diminution de la sonorité, et, si l'épanchement est considérable, une matité même plus complète que celle que l'hépatisation produit. J'admets, contrairement à M. Skoda, que le plus léger épanchement, soit liquide soit albumino-fibrineux, diminue la sonorité. En même temps, le murmure vésiculaire, faible d'abord et éloigné de l'oreille, peut cesser d'y être perçu; d'autres fois, enfin, le bruit normal est remplacé par un souffle tubaire, analogue à celui que nous avons déjà noté dans les deuxième et troisième degrés de la pneumonie. Toutefois ce phénomène est ici moins constant que dans la pneumonie : il n'a lieu, le plus souvent, que d'une manière passagère, et offre

(1) M. Beau observe que si la douleur pleurétique se fait presque toujours sentir vers la région du sein, c'est-à-dire loin de l'altération des nerfs, c'est en raison de la propriété qu'ont les nerfs enflammés de faire éprouver leurs principales souffrances dans leurs extrémités périphériques, et si généralement les malades accusent la douleur la plus vive à la partie antérieure du sixième ou du septième espace intercostal, c'est que chez la plupart la septième côte est celle qui exécute le plus de mouvements.

communément un timbre moins résonnant ; il est aussi moins superficiel que celui qui est produit par l'endurcissement du tissu pulmonaire. Comme ce dernier, on l'entend dans les deux temps de la respiration. Si, on fait parler le malade pendant que l'oreille est appliquée au niveau de l'épanchement, on sent que la voix retentit différemment, suivant la quantité de liquide qui est extravasé dans la plèvre. Ainsi, lorsque l'épanchement est médiocrement abondant, la voix est aigre, tremblotante, saccadée, et a de l'analogie avec le bêlement d'une chèvre : de là le nom d'*égophonie* que Laënnec a donné à ce phénomène. Ailleurs, c'est un bruit criard, tout à fait semblable à la voix de *polichinelle* ou au son du *mirliton*. Enfin, dans quelques cas rares, c'est une bronchophonie qui ne diffère en rien de celle qu'on entend dans un poumon hépatisé. Le phénomène de l'égophonie existe rarement dans toute l'étendue de l'épanchement ; le plus souvent on le perçoit entre le rachis et l'omoplate, au pourtour de ce dernier, et dans une zone de 6 à 9 centimètres de large, ou bien entre l'omoplate et la mamelle. Il disparaît lorsque l'épanchement diminue ou lorsqu'il devient trop considérable ; dans ce dernier cas, en même temps que le son est complétement mat, la voix cesse de retentir et on finit même par ne plus entendre pendant la respiration aucun bruit naturel ou morbide ; cependant le long du rachis, c'est-à-dire dans le point où le poumon est refoulé par l'épanchement, on peut distinguer encore le murmure vésiculaire. Enfin, la main, appliquée au niveau de l'épanchement pendant que le malade parle, ne perçoit plus le frémissement vibratoire des parois thoraciques. Ces divers phénomènes fournis par la percussion et par l'auscultation peuvent devenir plus obscurs ou plus évidents, ils peuvent disparaître ou changer de place, lorsque, variant les positions du malade, on force le liquide épanché de se déplacer, pour s'accumuler dans les points devenus les plus déclives. Mais ce phénomène ne peut se produire que dans le très petit nombre de cas, à cause des adhérences qui s'organisent rapidement, après deux, quatre ou six heures seulement, et qui, circonscrivant l'épanchement, s'opposent à ce qu'il subisse le moindre déplacement. Une circonstance remarquable, sur laquelle M. Hirtz, de Strasbourg, a fixé plus particulièrement l'attention, c'est qu'au début de l'affection il arrive souvent que l'épanchement est répandu en lame, sur une large surface : aussi le souffle et la matité existent-ils alors sur une grande étendue ; mais aussitôt que le liquide, abandonnant les parties supérieures, s'accumule en entier à la base du thorax, le poumon supportant alors dans ce point une compression trop forte, et les tuyaux aériens étant aplatis, on cesse d'entendre aucun bruit morbide, tandis qu'au-dessus et dans les endroits où naguère existaient du souffle et de la matité, on perçoit le murmure vésiculaire et à la percussion, on trouve une sonorité presque normale. Pour compléter l'examen physique, nous dirons que dans les parties du poumon situées au-dessus de l'épanchement, souvent le bruit respiratoire nous a paru très affaibli, si on le compare à celui du côté opposé. De plus, Skoda, de Vienne, a noté que sous la clavicule correspondante on constatait un affaiblissement du murmure vésiculaire

avec une exagération de la sonorité : c'est un phénomène que j'ai constaté déjà plusieurs fois.

Indépendamment des signes locaux qui précèdent, la pleurésie s'accompagne en outre d'un appareil fébrile plus ou moins intense. Il y a de la soif et de l'inappétence; le malade garde le lit, il est couché presque toujours sur le dos, le plus souvent incliné sur le côté malade. Cependant l'épanchement, continuant à augmenter, peut arriver au point de remplir en entier la cavité thoracique. Dans ce cas, l'oppression est plus considérable; le décubitus sur le côté sain est presque toujours impossible; les malades restent habituellement couchés sur le dos ou sur le côté affecté. Celui-ci est considérablement dilaté dans ses diamètres transverse et antéro-postérieur. Cette dilatation, qui peut devenir manifeste dès le deuxième jour de la maladie, est surtout marquée dans la région sous-mammaire; les espaces intercostaux sont alors plus larges, et si le malade est maigre, on peut quelquefois sentir à leur niveau de la fluctuation, ou bien, pendant les secousses de la toux, on distingue au toucher, et souvent à la vue, la percussion du liquide. L'ampliation du côté malade se fait aussi aux dépens du côté sain et de la cavité abdominale. C'est ainsi que la pression du liquide peut être assez forte pour déprimer le médiastin et déplacer le cœur, dont on sent quelquefois battre la pointe au-dessus du mamelon droit, et même vers l'aisselle de ce côté. Plus souvent encore le diaphragme est abaissé, et on distingue alors au-dessous du rebord costal une tumeur formée par le foie ou par la rate, suivant que l'épanchement siège à droite ou à gauche. M. Damoiseau a établi que, dans les épanchements du côté droit, le foie éprouvait en outre une sorte de mouvement de bascule tel que sa face inférieure pouvait devenir verticale, et son bord inférieur toucher le ligament de Fallope; il a aussi émis l'opinion, plus que contestable pour nous, que l'abaissement du foie était à peu près égal dans les épanchements du côté droit et dans ceux du côté gauche.

On doit se rappeler qu'en traitant de l'anatomie pathologique de la pleurésie, nous avons établi que le poumon était l'organe qui subissait au plus haut degré les effets de la compression par le liquide épanché. Ainsi nous l'avons vu réduit en un petit volume et relégué ordinairement dans le fond de la gouttière vertébrale : aussi, dans ces cas, la poitrine rend-elle un son mat jusque sous la clavicule, et nulle part on n'entend de bruit vésiculaire, si ce n'est en arrière vers la racine du poumon, où le murmure respiratoire est affaibli, et où la percussion donne aussi un peu de sonorité dans l'étendue de quelques centimètres. On peut encore, dans quelques épanchements considérables, retrouver ces mêmes phénomènes au-dessous de la clavicule et dans un espace plus ou moins circonscrit, ce qui doit faire admettre alors l'existence d'anciennes adhérences qui, fixant le sommet du poumon à la plèvre costale, l'ont empêché de céder à la compression. D'autres fois, enfin, comme l'a vu M. Andral, le poumon, directement refoulé en arrière et latéralement, reste appliqué sur les côtes, sous forme d'une lame mince. Quand cette disposition existe, le bruit respiratoire, nul antérieurement, est faiblement perçu en arrière. Enfin, on

a vu le lobe inférieur être retenu en place par d'anciennes adhérences, tandis que le liquide était refoulé en haut; dans cette position, le lobe supérieur étant seul comprimé, la respiration cesse d'être perçue à ce niveau, tandis qu'elle existe inférieurement. Cette disposition est heureusement fort rare, car elle pourrait rendre le diagnostic très obscur.

Dans ces épanchements qui remplissent tout un côté du thorax, un des poumons cessant d'agir et de servir à l'hématose, on voit son congénère qui semble alors redoubler d'activité : aussi, en auscultant le côté sain, on trouve souvent, mais non pas toujours, que le murmure vésiculaire est devenu beaucoup plus fort que d'habitude : c'est à ce phénomène que Laënnec a donné les noms de *respiration puérile* ou de *respiration supplémentaire*.

Marche, *durée*, *terminaisons*. — Lorsque l'épanchement diminue d'abondance, par suite de son absorption, les symptômes généraux s'amendent, la fièvre cesse, le murmure vésiculaire est plus fort vers le long du rachis, là où il n'avait jamais cessé d'être perçu; puis on commence à l'entendre sous la clavicule et à la partie antérieure; quelques jours après c'est sous l'omoplate; enfin il reparaît peu à peu et successivement, de haut en bas. Le retour de la sonorité suit exactement la même progression. Cependant les signes d'épanchement sont, en général, beaucoup plus persistants en arrière et en bas, surtout dans le point le plus déclive de la cavité pleurale, où le liquide a commencé par s'accumuler au début. Là, en effet, on constate souvent de la matité et un affaiblissement ou même une absence du murmure vésiculaire, pendant plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison de la maladie. Il est même des individus qui conservent pendant tout le reste de leur vie cette inégalité dans la sonorité et l'intensité du bruit respiratoire entre les deux côtés du thorax; c'est ce qui s'explique par l'accumulation des fausses membranes, par leur conversion lente en tissu cellulaire, et par la diminution de l'action propre du poumon à la suite de la compression longue qu'il a éprouvée. Quelquefois la diminution de l'épanchement pleurétique est marquée par le retour de l'égophonie (*ægophonia redux*), phénomène qui, perçu les premiers jours de la maladie, avait disparu lorsque l'épanchement était devenu très considérable. Cependant l'égophonie, de retour, n'est observée que dans les cas où, la maladie ayant suivi une marche aiguë, le poumon n'a pas subi une compression ni trop prolongée ni trop forte : aussi ce phénomène manque-t-il constamment dans la résorption des épanchements qui se font d'une manière très lente. Les épanchements pleurétiques pouvant augmenter ou diminuer, sans cependant que l'auscultation et la percussion puissent faire reconnaître aucun changement dans le niveau supérieur du liquide, M. Damoiseau a proposé de tenir compte alors du degré de déplacement du foie. En notant, en effet, jour par jour la hauteur de cet organe, on peut avoir une échelle graduée représentant le degré de plénitude de la cavité pleurale; mais cela ne s'applique, suivant nous, qu'à quelques épanchements pleurétiques du côté droit.

Cependant la partie liquide de l'épanchement, ayant été plus ou moins

complétement résorbée, permet bientôt le rapprochement des deux feuillets opposés de la plèvre. Ceux-ci glissent l'un sur l'autre sans produire aucun bruit, lorsque les surfaces sont polies; mais il n'en est plus de même aussitôt qu'il existe des fausses membranes, surtout si celles-ci sont dures et inégales; dans ce cas, l'auscultation fait entendre, spécialement pendant l'inspiration, et fréquemment dans les deux temps de la respiration, un bruit particulier, inégal, plus ou moins rude et saccadé, quelquefois perceptible à la main, circonscrit ou étendu à une grande surface, et qui donne à l'oreille la sensation du froissement de deux corps durs passant avec lenteur l'un sur l'autre. C'est à ce phénomène qu'on donne le nom de *bruit de frottement pleurétique*; c'est le *murmure ascendant et descendant* de Laënnec. Il existe presque toujours à la partie moyenne inférieure ou latérale de la poitrine et presque jamais au sommet. Dans le point où on l'entend, le murmure vésiculaire est diminué, et souvent aussi la sonorité est affaiblie; quelques malades accusent à ce niveau une douleur fixe. Enfin, après avoir persisté pendant un ou plusieurs jours, rarement pendant une ou plusieurs semaines de suite, le bruit du frottement disparaît, probablement par suite de l'absorption ou de quelque changement organique survenu dans les fausses membranes. Ce bruit de frottement existe quelquefois primitivement, et constitue presque le seul signe physique de la pleurésie; c'est ce qui a lieu dans cette variété de l'inflammation pleurale que nous avons nommée *sèche* à cause de l'absence de tout épanchement liquide. Enfin, dans quelques cas très rares, au moment où l'épanchement se résorbe, on peut entendre, pendant certaines inspirations, un bruit de déplissement, une sorte de râle plus fin que la crépitation de la pneumonie, donnant la sensation qu'on obtiendrait en pressant une éponge très fine légèrement imbibée d'eau. Ce bruit s'explique par le tiraillement des fausses membranes, ou plutôt par la rentrée de l'air dans les vésicules sèches et dont le calibre a été très diminué par la compression.

Le liquide pleurétique, au lieu d'être résorbé, est quelquefois évacué par les bronches, ou bien il s'échappe à travers les parois thoraciques. Ce mode de terminaison se rencontre plus spécialement dans les pleurésies chroniques et dans certaines pleurésies circonscrites. Nous en parlerons plus tard, nous ferons connaître alors en même temps les changements que les épanchements pleurétiques amènent souvent dans la configuration thoracique, changements qu'on observe moins constamment après les pleurésies aiguës.

La pleurésie a une durée variable; celle-ci peut n'être que de cinq à six jours, s'il n'y a qu'une faible exsudation; mais, pour peu que l'épanchement soit abondant, la maladie se prolonge au moins pendant deux septénaires, et souvent pendant trois ou quatre; enfin, lorsque l'épanchement remplit tout le thorax, il faut souvent plusieurs mois avant que la poitrine revienne à peu près à son état physiologique.

La pleurésie aiguë ne se termine presque jamais par la mort lorsqu'elle est franche, lorsqu'elle affecte un sujet bien portant, et quand elle est exempte de complication : nous ne l'avons vue, en effet, avoir ce mode de terminaison

que dans deux cas. Il faut excepter la pleurésie double; car on conçoit que si celle-ci est très étendue, elle devra s'accompagner d'une grande anxiété, d'une réaction fébrile intense et d'une gêne extrême dans l'hématose : aussi quelques malades meurent-ils suffoqués. Cependant il est extrêmement rare que dans la pleurésie double l'épanchement soit assez considérable pour produire des accidents aussi fâcheux; presque toujours, en effet, la pleurésie, très étendue d'un côté, est très circonscrite de l'autre : souvent même l'épanchement est médiocre dans l'un et l'autre côté. Lorsque la pleurésie a une issue funeste, la mort survient le plus souvent au milieu d'accès d'oppression et d'orthopnée; quelquefois elle arrive brusquement et d'une manière subite, probablement par syncope. M. Chomel a déjà observé cinq cas de ce genre. Il paraît que cet accident est surtout à redouter dans les épanchements du côté gauche qui sont assez abondants pour déplacer le cœur.

Variétés. — Les variétés de la pleurésie sont surtout déterminées d'après le siége de la maladie, d'après les causes qui l'ont produite, et d'après la nature des symptômes locaux et généraux qui l'accompagnent.

1° *Variétés d'après le siége*. — Nous avons vu que la pleurésie pouvait être double; ses symptômes locaux ne diffèrent pas alors de ceux qu'on observe dans la pleurésie d'un seul côté. Cependant il est rare qu'il existe dans ces cas une douleur simultanée dans les deux côtés; peut-être est-il plus commun de voir alors ce symptôme manquer complétement et être remplacé par un sentiment d'oppression extrême et de constriction sternale ou épigastrique. Quoi qu'il en soit, il est aussi rare que la pleurésie soit double d'emblée que de voir la pneumonie envahir simultanément les deux poumons; presque toujours, en effet, la maladie commence par un des côtés, et ne s'étend à l'autre que consécutivement et généralement après plusieurs jours.

Les pleurésies partielles sont une des formes les plus remarquables de la maladie; la pleurésie devient partielle tantôt par suite d'adhérences formées longtemps avant, qui circonscrivent une portion de plèvre intacte; d'autres fois c'est parce que l'épanchement séro-albumineux ne s'est produit qu'après que des adhérences se sont formées aux limites de la phlegmasie et l'ont ainsi circonscrite. Il est beaucoup de pleurésies partielles bornées à un très petit espace qui ne produisent guère d'autres accidents qu'une douleur vive dans un point du thorax, un peu de dyspnée et quelquefois point ou très peu de fièvre; telle est, par exemple, l'origine de la plupart des points douloureux qu'on observe si souvent dans le cours de la phthisie pulmonaire; dans ce cas, il n'y a presque jamais d'épanchement liquide. Parmi les pleurésies partielles, on distingue surtout les pleurésies diaphragmatique, médiastine et interlobaire.

La pleurésie diaphragmatique est la *paraphrénésie* des anciens médecins, mot d'ailleurs sous lequel étaient confondues plusieurs affections fort différentes. Cette espèce de pleurésie, sur laquelle M. Andral a publié les observations les plus complètes, est remarquable par une douleur vive siégeant le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, s'irradiant vers les

hypochondres, et s'exaspérant par la pression, par la toux et les mouvements. En même temps le diaphragme reste immobile, et l'ampliation du thorax se fait exclusivement par le soulèvement des côtes. Mais le symptôme prédominant consiste dans un orthopnée telle, que les malades, dans un état d'anxiété extrême, sont obligés de rester assis sur leur lit le tronc tout à fait incliné en avant; ce symptôme toutefois n'est pas constant. On a encore cité le hoquet, le vomissement et l'ictère comme accompagnant fréquemment la pleurésie diaphragmatique; mais ces accidents paraissent être assez rares. Quant au rire sardonique noté par Boerhaave et Van-Swiéten, on ne l'observe presque jamais. La pleurésie diaphragmatique se termine fréquemment d'une manière funeste, à cause des troubles graves qui l'accompagnent.

La pleurésie *médiastine*, c'est-à-dire bornée aux replis de la plèvre qui forme les médiastins, et à la partie contiguë de la plèvre pulmonaire, est rare, et il est toujours impossible de la diagnostiquer; il en est de même de la pleurésie *interlobaire*. On peut soupçonner l'une ou l'autre lorsqu'une douleur vive siège profondément dans la poitrine, et s'accompagne d'oppression et de fièvre intense sans que l'auscultation et la percussion fassent constater une lésion du poumon ou un épanchement dans la plèvre et le péricarde. Ces deux formes de pleurésies circonscrites sont celles dans lesquelles on voit le plus souvent le liquide épanché se frayer une issue à travers le parenchyme pulmonaire et être expulsé par les bronches. La plupart des observations consignées dans les auteurs sous les titres de *vomiques* ou d'*abcès* des poumons évacués au dehors ne sont autres que des cas de pleurésies circonscrites, et surtout de pleurésies interlobaires.

2° *Variétés d'après la nature des causes.* — Nous n'en mentionnerons qu'une seule, c'est celle qui est produite par l'introduction subite dans la plèvre d'un liquide irritant comme celui d'un abcès, d'un kyste, d'un foyer gangréneux des poumons, et plus souvent encore d'un tubercule ramolli. Dans ces cas, la pleurésie débute instantanément par une douleur vive, intolérable, avec une oppression et une anxiété extrêmes. Comme, dans la plupart de ces cas, il existe une communication entre la cavité des bronches et celle de la plèvre, l'air extérieur s'introduit dans cette dernière cavité, il en résulte alors divers signes qui sont révélés par l'auscultation et par la percussion; nous les ferons connaître en traitant de l'*hydro-pneumo-thorax*. Cette espèce de pleurésie a une marche rapide et une terminaison presque toujours funeste.

3° *Variétés d'après la nature des symptômes locaux et généraux.* — La pleurésie ne se présente pas toujours avec l'ensemble des symptômes que nous avons précédemment indiqués. Ainsi la douleur, au lieu d'être vive, déchirante, est souvent obtuse; quelquefois elle manque tout à fait; la fièvre peut être nulle; la maladie n'est alors annoncée que par la dyspnée et par une accélération des mouvements respiratoires; quelquefois même ces deux symptômes manquent; les anciens disaient alors que la pleurésie était *latente*. Mais aujourd'hui on ne doit donner ce nom qu'aux pleurésies qui, en raison de leur siége, ne se révèlent par aucun des signes phy-

siques fournis par la percussion et par l'auscultation ; telles seraient les pleurésies *médiastine*, *diaphragmatique* et *interlobaire*. Relativement aux symptômes généraux, on pourrait admettre, pour la pleurésie, les mêmes variétés que nous avons reconnues pour la pneumonie : aussi n'y insisterons-nous pas, attendu que, sous le rapport du diagnostic, elles ne présentent aucune différence avec les pleurésies simples.

Complications. — La pleurésie peut coïncider avec la plupart des autres maladies aiguës et chroniques; il est inutile de les énumérer; mais nous devons nous arrêter un instant sur les cas très fréquents où la pleurésie complique la pneumonie.

Lorsque la pneumonie coexiste avec un épanchement pleurétique assez considérable, on dit qu'il y a *pleuro-pneumonie*. Dans ces cas, les deux altérations peuvent exister dans des points diamétralement opposés, et alors chacune d'elles se montre dans son étendue respective avec les symptômes qui lui sont propres. Mais le plus souvent la pneumonie et l'épanchement existant simultanément dans le même point, c'est-à-dire à la base, on voit alors tantôt les symptômes de l'une de ces affections prédominer, d'autres fois ils se confondent ou sont plus ou moins modifiés les uns par les autres. Ainsi, lorsque l'épanchement est très abondant, il masque plus ou moins complétement les divers bruits morbides qui caractérisent l'engouement et l'hépatisation. Si, au contraire, l'épanchement est moins considérable, on perçoit profondément la crépitation ; mais la percussion donne dans les points correspondants un son plus complétement mat que dans les engouements inflammatoires simples. Dans les cas d'ailleurs où l'abondance de l'épanchement obscurcit ou empêche la production du râle crépitant, il suffit de déplacer le liquide en donnant une position convenable au malade pour voir le bruit morbide être aussitôt perçu d'une manière distincte. Enfin, dans les cas dont je parle, le retentissement de la voix est nul, ou bien lorsqu'il existe, il semble être à la fois un mélange d'égophonie et de bronchophonie : aussi l'a-t-on désigné sous le nom de *broncho-égophonie*. J'ai démontré ailleurs que l'épanchement pleural dans la pneumonie ne paraissait ni modérer ni circonscrire l'inflammation pulmonaire; il n'abrège pas non plus la période aiguë de la maladie, comme on l'a cru pendant longtemps (Voir mon *Traité de la pneumonie*, p. 362). Pour la complication de la pleurésie avec des tubercules, voir *Phthisie pulmonaire*.

Diagnostic. — La pleurésie ne pourrait être confondue qu'avec la pneumonie, avec laquelle elle a comme symptômes communs la douleur de côté, la dyspnée, l'oppression, la toux, l'accélération de la respiration, la matité, le souffle, la bronchophonie et la fièvre. Mais, indépendamment des crachats rouillés et de la crépitation fine et sèche, qui n'appartiennent qu'à la pneumonie, on pourra, en l'absence même de ces deux symptômes, distinguer ces deux affections l'une de l'autre en considérant que dans la pleurésie, la fièvre, la prostration des forces, l'altération des traits, ne sont pas toujours en rapport, comme pour la pneumonie, avec l'étendue de la matité. Ainsi, on voit fréquemment des épanchements qui remplis-

sent la moitié, les deux tiers ou la totalité même d'un côté de la poitrine, et qui n'excitent pourtant qu'une fièvre médiocre, tandis qu'une altération aussi étendue du poumon s'accompagnerait des accidents les plus graves. Cependant, dans les deux ou trois premiers jours d'une pleurésie, les symptômes peuvent être assez graves pour pouvoir quelquefois faire supposer l'existence d'une pneumonie. Si pourtant on constatait alors une matité complète avec souffle et bronchophonie, ou avec absence de tout bruit naturel ou morbide, on devrait diagnostiquer une pleurésie, sinon comme maladie unique, du moins comme maladie prédominante; car, dans l'hypothèse d'une pneumonie, il faudrait supposer que dans l'espace de quelques jours la phlegmasie, ayant envahi simultanément une grande surface, est parvenue partout au même degré, puisqu'il n'existe nulle part de crépitation. Or, ce cas, sans être absolument impossible, est du moins excessivement rare. Ajoutons encore que les signes physiques qui sont communs à la pleurésie et à la pneumonie présentent certaines nuances suivant qu'on les observe dans l'une ou l'autre affection. Ainsi, dans la pleurésie, la matité est plus complète et l'élasticité est plus complétement abolie que dans l'hépatisation; le souffle, dans la première, est aussi moins éclatant; il est ordinairement voilé, étouffé; enfin nous avons vu que quelquefois on pouvait diminuer, faire disparaître ou changer de place ces divers phénomènes, en déplaçant l'épanchement par des positions variées données aux malades. La pleurésie n'a aucun signe pathognomonique: on a tort d'indiquer comme tel l'égophonie, car j'ai prouvé (p. 508 de mon *Traité*) que ce signe se rencontrait quelquefois dans les indurations pulmonaires simples. Il faut savoir, en outre, qu'il est des individus, les vieilles femmes surtout, dont la voix naturellement tremblante et aigre produit, lorsqu'on ausculte la poitrine, le phénomène de l'égophonie. Pour que ce signe ait de la valeur, il faudra qu'il coïncide avec de la matité, qu'il soit très marqué et susceptible de se modifier et de se déplacer par les positions imprimées au corps. Nous avons vu déjà que la respiration bronchique et la bronchophonie pouvaient être aussi bien l'effet d'un épanchement que d'une hépatisation. Cependant, comme ce signe est presque constant dans la pneumonie et qu'il manque dans beaucoup de pleurésies, on devra, toutes les fois qu'il existe, redoubler d'attention, et rechercher avec le plus grand soin si le tissu pulmonaire lui-même ne serait pas induré.

Les épanchements pleurétiques diffus ou circonscrits qui se sont vidés au dehors à travers le parenchyme pulmonaire, sont souvent confondus avec les abcès formés dans le poumon. Pour arriver alors au diagnostic différentiel, il faudra comparer la marche des affections, et voir surtout la différence qui existe entre les symptômes qui sont communs à l'une et à l'autre. Ainsi la quantité du pus évacué n'est pas la même dans les deux cas; car, dans les abcès, il est rare qu'elle s'élève à 300 grammes, tandis que dans la pleurésie elle est deux ou trois fois plus abondante. Dans les premiers aussi, le pus est communément épais, phlegmoneux, homogène, tandis qu'il est séreux, floconneux dans la seconde, et exhale, le plus souvent alors, une odeur fétide ou alliacée. Il est inutile de dire qu'il n'existe aucun

signe pour reconnaître la nature du liquide épanché dans la plèvre. Tout ce que Laënnec a dit, comme pouvant caractériser la pleurésie hémorrhagique, n'a pas été confirmé par l'observation.

Pronostic. — La pleurésie simple, dit M. Louis, survenant chez un sujet bien portant, se termine presque toujours par la guérison. Il faut en excepter la pleurésie double, lorsqu'elle est très étendue, et la pleurésie diaphragmatique, que nous avons vue avoir quelquefois une issue funeste.

Étiologie. — La pleurésie, quoique fréquente à tous les âges, est cependant plus commune dans la jeunesse et à la période moyenne de la vie. Elle nous paraît être plus fréquente chez l'homme, et siéger aussi un peu plus souvent à droite qu'à gauche, mais cela dans une proportion beaucoup moindre que la pneumonie. L'influence des constitutions est encore inconnue. Comme la plupart des maladies aiguës, la pleurésie survient ordinairement sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable. Elle a quelquefois succédé à une contusion, plus souvent elle est consécutive à l'impression du froid. Enfin, l'inflammation de la plèvre se déclare souvent comme maladie secondaire dans le cours de diverses affections : ainsi elle vient compliquer, surtout parmi les affections aiguës, la pneumonie, la péritonite puerpérale, les résorptions purulentes, le rhumatisme articulaire fébrile et la pleurodynie. Pour les maladies chroniques, on la rencontre spécialement dans la phthisie pulmonaire, dans l'albuminurie et les affections organiques du cœur.

Traitement. — Le traitement antiphlogistique, dont l'énergie sera proportionnée à l'étendue de la maladie et à l'intensité de la fièvre, est le seul qu'il convienne d'employer au début de l'affection. Des faits nombreux ont, au contraire, démontré le peu d'utilité de la médication contro-stimulante (*émétique à haute dose*, etc.). Les saignées générales seront avantageusement combinées avec les saignées locales, sangsues ou ventouses. En même temps, les malades observeront un repos absolu ; ils seront soumis à une diète sévère et à l'usage de boissons délayantes. On pourra, surtout chez les enfants, employer avec avantage de larges cataplasmes émollients sur la poitrine, car ils modèrent en général la douleur et l'oppression ; enfin, on entretiendra la liberté du ventre par des lavements et des laxatifs doux. A l'état aigu, il est quelques symptômes contre lesquels il faudra diriger une médication spéciale : ainsi une douleur de côté trop vive et une toux opiniâtre indiquent l'emploi des préparations opiacées. Lorsque la fièvre est tombée, et que, nonobstant cette amélioration, l'épanchement reste stationnaire, on devra essayer d'en provoquer la résorption en excitant la plupart des sécrétions naturelles : c'est dans ce but qu'il convient d'administrer les diurétiques, tels que la poudre de digitale, de 25 milligrammes à 30 centigrammes ; le nitre, à la dose de 1 à 20 grammes ; l'acétate de potasse, à une dose de 20 à 60 grammes ; les purgatifs salins et hydragogues, les sudorifiques, et parmi ces derniers les bains de vapeur, comme étant les plus énergiques. Presque toujours alors on applique sur le côté du thorax, siége de l'épanchement, un ou plusieurs vésicatoires volants ou à demeure, moyen très efficace mais non infaillible. Enfin, lorsque les vé-

sicatoires échouent et que la maladie se prolonge, on aura recours au traitement que nous allons exposer en parlant de la pleurésie chronique. Il arrive quelquefois que l'épanchement, par son abondance, par la gêne qu'il apporte aux fonctions de la circulation et de l'hématose, menace de se terminer d'une manière funeste : il ne faut pas hésiter alors à pratiquer la thoracentèse avec les précautions que nous indiquerons plus bas. Plusieurs faits rapportés récemment par M. Trousseau (*Journ. de médecine* de 1844) sont favorables à cette pratique : aussi n'hésitons-nous pas à la conseiller dans les mêmes circonstances.

DE LA PLEURÉSIE CHRONIQUE.

La pleurésie chronique est fréquente, soit comme maladie primitive, soit plus souvent encore comme succédant à la forme aiguë : ainsi que cette dernière, elle peut envahir toute la plèvre, ou être bornée à un point plus ou moins circonscrit.

Caractères anatomiques. — Dans la pleurésie chronique, on trouve, comme à l'état aigu, la plèvre injectée, recouverte de fausses membranes et un liquide épanché dans la cavité séreuse. Mais l'injection est ordinairement plus intense ici : il semble parfois qu'elle a pénétré le tissu même de la plèvre; cette membrane nous a paru plusieurs fois être manifestement épaissie. Les concrétions pseudo-membraneuses qui la tapissent sont en outre plus épaisses, plus friables, et se réduisent souvent entre les doigts en une matière pulpeuse, opaque et purulente. Le liquide épanché est rarement citrin, limpide; mais presque toujours il est opaque, laiteux ou tout à fait purulent. Il exhale une odeur fade, alliacée, et quelquefois fétide, surtout s'il existe une fistule pulmonaire : dans ce cas, on trouve en outre dans la plèvre une certaine quantité de gaz. Le liquide existe en général en proportion considérable : aussi trouve-t-on communément le côté du thorax très dilaté, le médiastin, le cœur et le diaphragme refoulés ou déviés, enfin le poumon tellement atrophié qu'il présente souvent à peine une épaisseur de 9 à 14 millimètres; il est recouvert de fausses membranes très épaisses, c'est ce qui explique l'erreur de quelques auteurs anciens, qui ont supposé que dans ces cas le poumon avait été détruit par la suppuration. L'organe n'occupe pas toujours la même place; tantôt, comme le note M. Oulmont, il est refoulé en haut et en dedans contre le médiastin, tantôt il est repoussé en avant et en haut; ou bien il est aplati contre la colonne vertébrale ou refoulé en arrière. Ce poumon ainsi affaissé et comprimé n'est plus susceptible de reprendre son ampleur première, et quelque effort qu'on fasse, on ne parvient guère par l'insufflation qu'à doubler son volume même après l'avoir débarrassé des fausses membranes qui le tapissent et qui le brident.

La pleurésie chronique coexiste très fréquemment avec des tubercules pulmonaires : on rencontre certainement de ces productions chez les huit dixièmes de ceux qui succombent; il y en a non seulement dans les poumons, mais très fréquemment aussi dans les fausses membranes de la

plèvre. Ils sont en général plus nombreux et plus avancés dans le poumon du côté malade.

Symptômes. — La pleurésie chronique a à peu près les mêmes signes physiques que la pleurésie aiguë : cependant l'égophonie est un phénomène rare : elle existe pourtant à l'époque où l'épanchement est encore peu abondant ; mais aussitôt que la quantité de liquide est devenue considérable, on constate une matité complète, avec absence à l'auscultation de toute espèce de bruit naturel ou morbide, soit pendant l'inspiration et l'expiration, soit encore lorsque le malade tousse ou parle. M. Oulmont conteste ce dernier fait, il affirme que le retentissement de la voix ne disparaît jamais complétement, quelque abondant d'ailleurs que soit l'épanchement. Si, dit-il, le malade parle, on entend la voix résonner partout, elle semble arriver des profondeurs de la poitrine, en conservant un timbre clair, net, un peu tremblotant, mais rarement articulé ; en se rapprochant de la ligne du niveau du liquide, ce retentissement se transforme en égophonie. C'est là un phénomène que je n'ai pas encore pu vérifier moi-même. C'est surtout dans les pleurésies chroniques qu'on trouve une ampliation plus ou moins grande du côté correspondant de la poitrine. Celui-ci semble, en outre, immobile pendant les mouvements respiratoires, tandis que le côté sain se dilate comme de coutume. En même temps les malades éprouvent une toux plus ou moins fréquente : ils sont oppressés, essoufflés, surtout lorsqu'ils remuent : ils restent habituellement couchés sur le dos ou sur le côté affecté : toute autre position est impossible, ou ne peut être conservée que momentanément. Il est fort rare, en effet, que le décubitus soit indifférent, il est plus rare encore qu'il n'ait lieu que sur le côté sain, comme Morgagni en a rapporté un exemple d'après Valsalva. Les symptômes généraux et sympathiques diffèrent, suivant la période de la maladie, son mode d'origine et la cause qui l'a produite ou qui l'entretient. Ainsi, lorsque la pleurésie est chronique d'emblée, c'est-à-dire primitivement, elle ne s'annonce ordinairement par aucune douleur locale ; la fièvre aussi manque complétement, les malades accusent seulement une toux sèche ; ils sont oppressés, gênés quand ils respirent ; ils éprouvent un état de malaise ; ils perdent l'appétit et les forces ; ils maigrissent et pâlissent. Lorsqu'au contraire la pleurésie n'est chronique que consécutivement à l'état aigu, on voit la douleur et la fièvre diminuer ou même cesser tout à fait ; tandis que les signes physiques démontrent que l'épanchement reste stationnaire, et qu'il augmente. Quel que soit son mode d'invasion, si la pleurésie se rattache à l'existence de tubercules pulmonaires, l'amaigrissement fait des progrès rapides, la fièvre hectique survient bientôt ; il y a des sueurs nocturnes et du dévoiement. La plupart de ces accidents peuvent se rencontrer aussi chez quelques individus non tuberculeux, mais dans les cas seulement où l'épanchement est tout à fait purulent.

Durée, terminaisons. — La pleurésie chronique a une durée toujours longue et tout à fait indéterminée ; elle persiste ordinairement pendant deux, trois ou quatre mois ; il n'est pas rare qu'elle se prolonge pendant

six mois, elle peut même durer un ou deux ans. Elle se termine par la guérison ou par la mort.

Si la maladie a une issue funeste, on voit les malades s'affaiblir de plus en plus; l'œdème, d'abord limité aux parois de la poitrine, gagne bientôt le reste du corps; enfin les malades succombent avec tous les symptômes de la fièvre hectique. Si, au contraire, la pleurésie a une heureuse terminaison, les symptômes généraux s'amendent avant même que l'auscultation et la percussion fassent reconnaître aucun changement favorable dans l'état de la poitrine. Bientôt pourtant la matité diminue; l'expansion pulmonaire se perçoit de haut en bas, sans jamais être précédée par l'*égophonie de retour*. Cependant le poumon, qui a été longtemps comprimé par l'épanchement, ne peut plus, lorsque celui-ci est résorbé, reprendre son volume primitif. Il existerait donc un espace vide dans la poitrine, s'il n'était comblé par des changements survenus dans les parois thoraciques, changements que Laënnec a décrits avec sa précision ordinaire. Ce grand observateur a démontré que le poumon ne pouvant se dilater suffisamment, les côtes se rapprochent de lui, et comblent ainsi le vide que le liquide a laissé après sa résorption. Alors les espaces intercostaux diminuent, les côtes rentrent en dedans et s'arrondissent : il résulte de là un rétrécissement plus ou moins considérable, et qu'il est aisé de constater. La seule inspection fait, en effet, reconnaître alors une inégalité dans les deux côtés du thorax, et leur mensuration comparative prouve qu'il existe souvent entre eux une différence de 3 centimètres dans le diamètre transverse. Le côté rétréci est aussi plus court; l'épaule est plus basse; le mamelon déprimé est situé plus bas que celui du côté opposé; les muscles, surtout le grand pectoral, semblent atrophiés; souvent la colonne épinière finit par se fléchir, et forme une courbure dont la concavité est tournée du côté malade : aussi ces individus semblent penchés sur le côté affecté; c'est ce qui donne à leur démarche quelque chose d'analogue à la claudication. Chez la plupart d'entre eux, le côté rétréci offre pendant tout le reste de la vie un son plus ou moins obscur; le bruit respiratoire y est faible ou nul. Lorsque le rétrécissement est porté à ce point, il est rare que les malades reprennent leur état primitif de santé : ils restent, en effet, plus ou moins débiles; ils s'essoufflent facilement, et n'ayant presque qu'un seul poumon, il s'ensuit que les maladies de poitrine sont plus incommodes et plus graves chez eux. Cependant le rétrécissement de la poitrine est rarement porté à ce degré; dans la plupart des cas, il n'est que partiel et borné au quart ou au cinquième inférieur; là, la percussion est ordinairement moins sonore, et le bruit respiratoire s'y entend plus faible que partout ailleurs. Quelle que soit d'ailleurs son étendue, cette lésion est persistante; elle est presque toujours indélébile; toutefois M. Chomel a rapporté une observation curieuse, et peut-être unique dans la science, qui prouve que la poitrine, considérablement rétrécie à la suite d'une pleurésie chronique, pouvait reprendre après plusieurs années ses dimensions premières, et que, dans les cas où un côté se rétrécit par suite de la compression et de l'atrophie du poumon qui y est contenu, l'autre côté peut s'agrandir, comme pour sup-

pléer à l'impuissance de son congénère, conformément du reste aux lois connues de la physiologie pathologique. Si on examine quel est l'état du poumon dans ces rétrécissements de la poitrine, on trouve que l'organe adhère aux côtes à l'aide d'un tissu fibro-cartilagineux très résistant; son tissu est flasque, rougeâtre, semblable à de la chair musculaire. Cette organisation, dans laquelle l'état celluleux du poumon est devenu moins évident, explique, plus encore que les fausses membranes qui doublent la plèvre, la faiblesse du bruit respiratoire.

On a discuté pour savoir suivant quel mécanisme la poitrine se rétrécissait à la suite des épanchements pleurétiques. Delpech admettait que les fausses membranes, subissant la transformation fibreuse, acquéraient la faculté de rétraction dont le tissu inodulaire est doué, et tendaient ainsi à ramener les parois de la poitrine sur le poumon; mais cette théorie, parfaitement réfutée par M. Oulmont dans sa thèse, n'est pas en effet acceptable. Nous croyons que la dépression thoracique dont nous parlons tient à la perte d'élasticité du poumon qui cesse de maintenir la poitrine dilatée, tandis que la pression atmosphérique, d'autre part, favorise encore le retrait des parois.

Au lieu d'être résorbé, le liquide épanché peut se faire jour à l'extérieur. Ainsi nous avons déjà vu que l'épanchement pouvait être évacué par les bronches à la suite d'une perforation du parenchyme pulmonaire, soit qu'il y ait usure, ulcération de la plèvre de dehors en dedans, soit que cette perforation s'opère de dedans en dehors, après le ramollissement d'un tubercule ou l'abcédation d'un noyau de pneumonie. Plus rarement le liquide s'écoule à travers les parois thoraciques, à la suite d'un abcès formé dans leur épaisseur. Celui-ci offre ceci de remarquable qu'au moment où il s'ouvre au dehors, il laisse échapper une quantité de pus qui est disproportionnée avec son volume. Lorsque l'épanchement a pris cette direction, l'écoulement du liquide est provoqué, et quelquefois même il n'a lieu que dans l'inspiration ou pendant les secousses de la toux. Ces deux modes d'évacuation qu'on a parfois observés simultanément chez le même individu ont presque toujours été suivis d'une issue funeste lorsque la pleurésie était générale, tandis que la guérison survient communément dans les cas où l'épanchement est partiel. On peut encore ici observer le rétrécissement du thorax comme lorsque la guérison s'opère par résorption.

On conçoit que lorsque la pleurésie se termine par des adhérences générales entre les deux feuillets de la plèvre, qu'il y ait ou non rétrécissement du thorax, toute récidive est devenue impossible, puisqu'il n'existe plus, à proprement parler, de cavité pleurale.

Diagnostic. — La pleurésie chronique est une maladie facile à reconnaître : cependant, lorsqu'elle est partielle, elle pourrait être confondue avec une pneumonie chronique ou avec le développement d'une tumeur solide dans la poitrine; car, dans tous ces cas, il existe de la matité avec absence complète de toute espèce de bruit naturel ou morbide. Il n'y a aucun moyen d'éviter l'erreur, à moins pourtant que l'absence d'adhérences (chose peu probable) ne permît, en variant les positions des malades,

de déplacer l'épanchement. Cependant la pneumonie chronique, et surtout les tumeurs solides des plèvres, sont des affections tellement rares que, lorsqu'on observe les symptômes précédemment indiqués, on ne doit pas hésiter à diagnostiquer presque à coup sûr un épanchement pleurétique. Ajoutons que la pneumonie chronique, bornée à un seul lobe, peut déterminer la consomption et la mort, tandis qu'une pleurésie chronique, bornée à la moitié inférieure, si elle est sans complication tuberculeuse, n'a peut-être jamais un pareil effet.

Pronostic. — La gravité du pronostic est proportionnée à l'abondance de l'épanchement, à l'ancienneté de la maladie, à la résistance que celle-ci oppose aux remèdes employés. L'amaigrissement et la fièvre hectique sont des symptômes du plus fâcheux augure. Le pronostic de la pleurésie chronique est toujours grave, en raison surtout de sa coïncidence fréquente avec les tubercules. La présence de ceux-ci est presque certaine si la pleurésie est double. Si la pneumonie aiguë a assez rarement pour effet d'activer la production et la marche des tubercules, il n'en est plus de même de la pleurésie; car, ainsi que je l'ai constaté souvent, celle-ci, quoique guérissant fréquemment dans ces conditions fâcheuses, n'empêche pas, à mesure que le liquide se résorbe et que le thorax se rétrécit, que la phthisie ne fasse ordinairement des progrès incessants et parfois assez rapides.

Étiologie. — On ne sait rien encore de précis sur les causes prédisposantes et efficientes de la pleurésie chronique primitive. La pleurésie aiguë passe surtout à l'état chronique lorsque le traitement a été insuffisant ou irrationnel, lorsque les individus sont débilités, cacochymes, et surtout lorsqu'ils sont tuberculeux.

Traitement. — Dans la pleurésie chronique, les émissions sanguines sont rarement utiles, excepté pourtant dans les cas où le sujet est robuste. Les saignées locales, faites surtout à l'aide des ventouses, sont généralement préférables. Le moyen le plus efficace de traitement consiste à appliquer des exutoires en plus ou moins grand nombre sur la poitrine. Les vésicatoires n'ayant pas assez d'énergie, il faut leur préférer le cautère, le moxa ou le séton. On aidera leur action par quelques diurétiques ou par des purgatifs doux, si l'état du tube digestif permet d'opérer sur lui une dérivation. On soutiendra les forces par une alimentation convenable, et on placera les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables. Cependant, lorsque, loin de voir la résorption s'opérer, l'épanchement prend au contraire de l'accroissement, lorsque la fièvre hectique mine peu à peu la constitution du malade, lorsque surtout il y a une oppression habituelle, on a proposé de pratiquer une issue artificielle au liquide à travers les parois thoraciques; c'est ce qui constitue l'*opération de l'empyème*. Celle-ci n'est guère considérée aujourd'hui encore que comme un moyen palliatif. On conçoit, en effet, que le poumon, réduit à un petit volume, bridé de toutes parts par de fausses membranes, ayant perdu toute son élasticité et sa force expansive, ne puisse presque plus se laisser pénétrer par l'air. C'est d'ailleurs ce que nous avons précédemment établi d'après des expériences

faites sur le cadavre. Cette circonstance, aussi bien que la persistance de l'altération de la plèvre, explique suffisamment pourquoi l'opération de l'empyème est presque toujours inutile. Cependant ces insuccès si fréquents, si ordinaires, ne tiendraient-ils pas à ce qu'en France du moins, on attend, pour donner issue au liquide, que la maladie soit parvenue à sa dernière période ? Il est certain, pour nous, que si on opérait plus tôt, si on le faisait avant que la fièvre hectique eût déjà miné la constitution, avant que le poumon eût perdu tout son ressort, on obtiendrait des résultats plus favorables. Les faits nombreux recueillis par les anciens chirurgiens, ceux plus concluants encore publiés par quelques contemporains, prouvent en faveur de cette opinion. Ainsi, en 1844, les docteurs Hughes et Cock, tous les deux médecins de l'hôpital de Guy à Londres, ont publié la relation de vingt cas de thoracentèse, sur lesquels sept guérirent et cinq au moins furent améliorés. Dans la même année, la *Gazette médicale de Londres* publia un autre travail du docteur Hamilton Roe, dans lequel on trouve que sur vingt-quatre opérations d'empyème la guérison a eu lieu dix-huit fois.

Parmi les procédés qu'on a conseillés pour ouvrir le thorax, il faut préférer à l'incision des espaces intercostaux la simple ponction avec un trois-quarts. On y procède de la manière suivante. On incise la peau avec une lancette vers le milieu du bord postérieur de l'aisselle; on tire fortement la peau en haut jusqu'à ce qu'elle corresponde à l'espace intercostal placé immédiatement au-dessus de la côte, par le bord supérieur de laquelle on pénètre dans la plèvre. On retire le plus de liquide qu'on peut; mais, pour empêcher la pénétration de l'air par la canule, on devra, d'après le conseil de M. Reybard, adapter au pavillon de l'instrument une peau de baudruche, préalablement mouillée. Celle-ci a pour fonction de boucher l'ouverture de l'instrument lorsque, pendant l'inspiration, le liquide cessant de couler, l'air fait effort pour se précipiter dans la poitrine.

INFLAMMATIONS DES ORGANES DE LA CIRCULATION.

Les différents organes qui servent à la circulation artérielle, veineuse et lymphatique, sont susceptibles de s'enflammer. Il est probable qu'il en est de même pour les vaisseaux capillaires; mais leur ténuité nous a empêché jusqu'à présent de constater les désordres que l'inflammation doit y produire. Nous allons examiner successivement l'inflammation dans les enveloppes du cœur et dans le cœur lui-même, dans les artères, les veines, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques.

DE LA PÉRICARDITE.

Le mot *péricardite* sert à désigner l'inflammation du feuillet séreux du péricarde.

Historique. — Tout à fait inconnue des médecins anciens, la péricar-

dite ne fut guère mentionnée qu'à dater du XII[e] siècle. Il faut pourtant arriver jusqu'à Sénac pour trouver un commencement de description que Corvisart perfectionna, mais qui était néanmoins tellement incomplet, surtout sous le rapport symptomatique, que Laënnec, à la fin de sa carrière, prétendait avec raison qu'on ne pouvait *diagnostiquer*, mais seulement *deviner* la péricardite. Cette proposition n'est plus exacte aujourd'hui ; car, depuis les recherches de MM. Louis (1), Andral (2), Bouillaud (3), Hache en France (4), Stokes (5) et Latham (6) en Angleterre, le diagnostic de l'inflammation du péricarde est possible dans le plus grand nombre des cas.

Divisions. — La péricardite est *aiguë* ou *chronique*, *partielle* ou *générale*.

Anatomie pathologique. — Les lésions cadavériques varient suivant l'époque à laquelle la mort survient. Si les malades succombent peu de temps après le début de l'affection, on ne trouve sur le péricarde qu'une rougeur plus ou moins vive, ponctuée ou disposée par plaques, et dépendant d'une injection qui siège plutôt dans le tissu cellulaire que dans le feuillet séreux lui même. Celui-ci d'ailleurs a conservé son épaisseur et sa transparence ; on le détache plus facilement, sans qu'il soit devenu pourtant plus cassant ni plus friable, d'autres fois sa surface semble dépolie ; elle est presque sèche ou du moins poisseuse. A une époque un peu plus avancée, on trouve un épanchement formé par des flocons albumineux et par une sérosité louche, opaque ou rougeâtre, quelquefois tout à fait sanguinolente, dans ce dernier cas, on donne à la *péricardite* le nom d'*hémorrhagique*. Enfin l'épanchement est quelquefois blanc, homogène et tout à fait purulent. Le plus communément, il n'est guère que de 60 à 120 grammes, mais il peut s'élever parfois jusqu'à 1, 2 ou 3 kilogrammes (Louis, J. Frank). Il en résulte alors une distension extrême du péricarde, celui-ci refoule les poumons à droite et à gauche et déprime plus ou moins le diaphragme. Quelquefois, au moment de l'autopsie, on ne trouve plus d'épanchements séreux, mais seulement des concrétions albumineuses, les unes libres, flottantes, les autres disposées plus ou moins inégalement sur les deux surfaces du péricarde, spécialement sur le feuillet cardiaque. Elles ont depuis un 1/2 millimètre jusqu'à 27 millimètres d'épaisseur. Leur surface est très rarement unie, presque toujours elle est inégale : tantôt elle est réticulée, et ressemble à la surface d'un gâteau de miel, ou bien elle offre des saillies qui l'ont fait comparer au second estomac des ruminants, à une langue de chat, à un ananas ou à une pomme de pin, etc. ; comparaisons qui sont parfaitement justes. Cette disposition si remarquable des fausses membranes, qu'on ne retrouve nulle autre part, dépend probablement des mouvements continuels et alternatifs du cœur. A

(1) *Mémoires anat. pathologiques*, Paris, 1826. (2) *Clinique médicale*, t. III. (3) *Traité clinique des maladies du cœur.* (4) *Archives de médecine*, année 1835, t. IX. (5) *Dublin Journal*, année 1833, et *Archives*, 2[e] série, t. IX. (6) *Medical Gazette of London*, 1829, t. III.

une époque encore plus éloignée du début, on ne trouve plus de liquide, ou bien il n'existe qu'un peu de sérosité; les surfaces opposées du péricarde adhèrent entre elles par des filaments celluleux; quelquefois même l'adhérence est tellement intime qu'il n'y a plus de cavité, et trop souvent on a cru alors à une absence du péricarde. Les fausses membranes ont plus ou moins de consistance; elles peuvent être celluleuses, fibreuses, cartilagineuses et même osseuses; mais, le plus souvent, elles sont résorbées avant qu'elles aient subi ces diverses transformations. Cependant il est rare qu'elles disparaissent tout à fait; ordinairement il reste à la place qu'elles ont occupée une teinte blanche, opaline, de grandeur variable, connue en anatomie pathologique sous les noms de *taches* ou de *plaques laiteuses.* Ce serait pourtant une erreur de croire que ces taches indiquent constamment une péricardite antérieure. Les unes ont bien évidemment cette origine, et quelle que soit leur ancienneté, on peut les disséquer, les séparer tout à fait du péricarde, qu'on trouve intact au-dessous d'elles. Mais le plus grand nombre d'entre elles, loin de dépendre d'un produit de sécrétion concrété à la surface libre de la membrane séreuse, provient, au contraire, d'une altération de nutrition, d'une transformation lente de cette membrane, qui perd graduellement son épaisseur et sa transparence normales (Bizot).

La péricardite chronique est toujours générale (Laënnec). Le péricarde est alors plus rouge que dans la forme aiguë; l'épanchement est souvent formé par un liquide purulent, les fausses membranes sont plus consistantes, quelquefois on y a trouvé des dépôts de matière tuberculeuse.

Dans la péricardite aiguë et chronique, le cœur peut conserver son volume. Si l'épanchement albumineux ou séreux a été très abondant, l'organe est revenu sur lui-même; il a subi un commencement d'atrophie, probablement par suite de la compression à laquelle il a été soumis. Dans d'autres cas, les parois sont hypertrophiées et les cavités dilatées, ou bien le tissu est ramolli, pâle, décoloré, comme macéré. L'endocarde est généralement intact; mais quelquefois il est enflammé : les valvules sont plus ou moins épaissies, les cavités cardiaques enfin contiennent des concrétions sanguines plus ou moins décolorées, intriquées dans les piliers et les colonnes, et quelques unes très adhérentes à la portion de l'endocarde qui est phlogosée.

Symptômes. — La péricardite survient tantôt au milieu d'une santé parfaite, tantôt elle se déclare dans le cours d'une autre affection (comme un rhumatisme, une pleurésie, une pneumonie, etc.). Dans le premier cas, seulement, on peut observer les prodromes ordinaires de la plupart des maladies aiguës. Le début est souvent marqué par un frisson plus ou moins intense; dans quelques cas rares, c'est une syncope qui fixe tout d'abord l'attention. La douleur est un des symptômes les plus constants de la maladie : modérée, obtuse, chez plus de la moitié des malades, elle est parfois vive et déchirante; elle augmente ordinairement par la toux et par la pression, et siége le plus souvent au-dessus et en dedans du mamelon gauche; dans quelques cas elle est bornée à la moitié gauche de l'épigastre :

elle s'aggrave alors, lorsqu'on presse cette région dans la direction du péricarde. Plus des deux tiers des malades éprouvent des palpitations intermittentes, revenant surtout pendant la nuit; elles sont tantôt spontanées, tantôt elles sont provoquées par les mouvements, la fatigue ou les émotions morales. Ce symptôme, généralement peu incommode, passe souvent inaperçu. Les lipothymies, les syncopes, qu'on a longtemps considérées comme un accident fréquent de la péricardite, sont au contraire fort rares, car elles ont à peine lieu dans un dixième des cas, et n'arrivent généralement qu'à une période avancée ou dans les cas compliqués. Au contraire, on observe, dès le début, chez presque tous les sujets, de la dyspnée, de l'oppression, une accélération notable des mouvements respiratoires, dont le nombre s'élève le plus souvent entre vingt-quatre et quarante; enfin, il y a communément une toux sèche, ne s'accompagnant d'aucune altération du bruit respiratoire. Cette toux peut s'expliquer, avec M. Louis, par la compression que le péricarde exerce sur le poumon gauche. La maladie a, en effet, à peine quelques jours de durée, que déjà un épanchement assez considérable existe dans le péricarde, et donne lieu à des phénomènes qui seuls peuvent la caractériser. Ainsi M. Louis a démontré, il y a bientôt vingt ans, que, par suite du liquide qui s'épanche dans le péricarde, la région précordiale donne à la percussion un son mat dont l'étendue est proportionnée à l'abondance de l'épanchement; on peut souvent faire changer cette matité de place, en variant les positions des malades; c'est une circonstance dont on doit la connaissance à M. Piorry. Lorsque le liquide existe en quantité assez considérable, il produit en outre une voussure de la région précordiale; cette saillie assez uniforme, que M. Louis a fait connaître le premier, s'élève quelquefois jusqu'à la première ou même jusqu'à la deuxième côte. L'oreille, appliquée à ce niveau, constate l'absence du bruit respiratoire, ce qui s'explique par le refoulement que les poumons ont subi. Les battements du cœur, loin d'être superficiels comme à l'état normal, sont, au contraire, devenus profonds, et sont évidemment séparés de l'oreille par un corps intermédiaire. Ils sont en outre d'une force inégale, et souvent ils sont masqués par des bruits anormaux. Les uns se passent dans le cœur lui-même : ce sont les bruits *de souffle et de râpe;* les autres ont lieu dans le péricarde : ce sont les *bruits de frottement*, dont la force et la rudesse sont en rapport avec l'épaisseur, la densité et les inégalités des fausses membranes qui les produisent. Ainsi, au début, on ne perçoit qu'un simple frôlement, comme si on froissait un billet de banque; plus tard, ce frôlement est plus fort, plus rude; parfois il imite alors le bruit que donnerait du cuir neuf qu'on ploie; il peut même simuler le bruit rude d'une râpe; dans ces cas, l'application de la main à la région précordiale fait percevoir souvent un frémissement particulier. Toutes ces variétés ou nuances du bruit de frottement, et d'autres encore, peuvent se succéder ou coexister ensemble; mais alors elles sont perçues dans des points différents de la région précordiale. En général, les diverses variétés de frottement accompagnent les deux bruits du cœur; ils sont communément plus marqués dans la dias-

tole que dans la systole ; ils sont continus ou intermittents ; ils deviennent surtout intenses lorsque le liquide est peu abondant ; néanmoins ils peuvent encore exister lorsque celui-ci se trouve en quantité considérable. Ces bruits morbides s'expliquent, ceux du péricarde par le frottement des surfaces, rendues inégales par des fausses membranes, et ceux du cœur par une altération des valvules, ou par la compression que l'épanchement exerce sur l'organe, et dont l'effet est de rétrécir les cavités, ou bien encore on peut s'en rendre compte, avec Hope, par la violence avec laquelle le cœur se contracte quelquefois.

La péricardite s'accompagne d'un état fébrile plus ou moins intense ; dans les cas simples, il est rare qu'on compte plus de cent pulsations ; le pouls a généralement de l'ampleur ; parfois il est petit, faible, irrégulier. On a eu tort de considérer longtemps l'irrégularité du pouls comme un symptôme ordinaire de la péricardite simple, puisqu'en effet il n'existe guère que dans un cinquième des cas, et ordinairement d'une manière passagère. Enfin, au début, les malades accusent de la céphalalgie ; leur sommeil est souvent pénible, interrompu par des réveils en sursaut ; il y a rarement du délire. L'appareil digestif ne présente, en général, d'autres troubles que de l'inappétence et une augmentation de la soif ; les forces sont peu prostrées, quoique la plupart des malades soient contraints de garder le lit. Enfin, dans quelques cas, on observe un peu d'infiltration séreuse à la face ou aux membres inférieurs.

Marche, durée, terminaisons. — La péricardite peut suivre une marche rapide et se terminer par la mort au bout d'un ou de quelques jours. Dans ces cas, il y a une dyspnée croissante, un désordre considérable dans les battements du cœur, une altération profonde des traits, et de l'œdème ; la vie se termine souvent alors d'une manière inopinée et dans une syncope. Cependant, dans la plupart des cas, et quelle que soit d'ailleurs la terminaison de la maladie, la péricardite suit une marche moins rapide ; elle a, en général, une période d'accroissement qui dure de six à huit jours ; puis, après être restés quelques jours stationnaires, on voit les accidents s'amender ; la voussure diminue ; la matité occupe un plus petit espace ; la fièvre se calme, et la convalescence s'établit entre le quinzième et le vingtième jour. Dans les cas plus graves, celle-ci est plus tardive ; elle peut se faire attendre un mois ou six semaines. Le rétablissement est, en général, complet ; d'autres malades restent longtemps souffrants et oppressés. Nous en avons vu plusieurs chez lesquels une lésion organique du cœur a fini par se développer.

La péricardite peut être, en effet, une cause plus ou moins prochaine de lésions graves du côté du cœur ; c'est ce qu'on observe surtout lorsque l'inflammation a produit des adhérences générales entre les feuillets pariétal et viscéral du péricarde. Il résulte, en effet, des recherches de M. Beau, que, dans les cinq sixièmes des cas où ces adhérences ont existé, il y avait une augmentation considérable du volume du cœur dépendant de la dilatation des cavités et de l'hypertrophie des parois. Parfois aussi, d'après Hope et M. Beau, on note encore un changement dans la direction du

cœur ; cet organe serait le plus souvent, d'après ce dernier, placé perpendiculairement au diaphragme, position d'autant plus insolite que nous verrons plus tard que, dans les cas de dilatation et d'hypertrophie générale, le cœur se rapproche beaucoup de la direction horizontale.

Si des auteurs éminents, tels que Lancisi, Haller, Senac, Corvisart et Morgagni, regardent les adhérences générales du péricarde comme incompatibles avec l'état de santé, il y a des médecins non moins recommandables, comme Laënnec et M. Bouillaud, qui émettent une opinion contraire. Quelques faits observés par moi me font penser comme ces derniers.

Les adhérences générales du péricarde peuvent pourtant être graves par suite des altérations de nutrition qui surviennent souvent consécutivement du côté du cœur. Celles-ci se traduisent par les symptômes généraux qui leur sont propres sans rien offrir de spécial. Tout le monde convient, en effet, qu'il n'existe aucun signe qui puisse faire *reconnaître* ou même *soupçonner* pendant la vie les adhérences partielles ou générales du péricarde. Le docteur Sanders, et peut-être Kreysig avant lui, avaient bien dit que dans les cas d'adhérence dont nous parlons il se formait à l'épigastre, immédiatement au-dessous des fausses côtes gauches, un enfoncement qui se produisait pendant la systole ventriculaire, ce qui s'explique par la rétraction que le diaphragme éprouve à chaque mouvement d'ascension du cœur ; mais, jusqu'à présent, personne en France n'a confirmé cette observation. Dans ces derniers temps, M. le docteur Aran a publié dans les *Archives* (1844) un travail intéressant, dans lequel il cherche à établir que dans les adhérences générales du péricarde, le second bruit du cœur perd non seulement de sa clarté, mais encore de sa durée et de son étendue, et cela d'autant plus que les adhérences sont plus intimes et les cavités du cœur plus amples. Il peut, d'après lui, finir par s'éteindre presque complétement dans toute l'étendue de la région précordiale, et même de la poitrine, si la maladie est déjà ancienne. Mais l'expérience n'a pas encore prouvé la valeur qu'on peut rattacher à ce nouveau signe, et tout récemment je l'ai vu manquer chez un malade que j'ai perdu.

On conçoit que lorsque les adhérences péricardiques, dont nous venons de parler si longuement, sont partielles, et qu'elles persistent, en formant des inégalités trop considérables, ou lorsqu'elles prennent trop de consistance, ou bien encore lorsqu'elles s'incrustent de plaques cartilagineuses ou osseuses, on doit continuer à entendre à la région précordiale divers bruits de frottement plus ou moins rudes. Ces bruits morbides sont compatibles avec un état de santé parfaite, si le cœur ne devient pas le siége de quelque lésion grave de nutrition. On n'éprouvera aucune difficulté à rapporter ces bruits à la cause véritable qui les produit, lorsqu'on apprendra par l'interrogatoire que les individus ont éprouvé à une époque plus ou moins éloignée les symptômes d'une péricardite.

Il est bien prouvé aujourd'hui que les adhérences du péricarde peuvent quelquefois produire la déformation de la région précordiale. Ainsi il résulte d'un fait observé par M. Barth, et de cinq ou six autres recueillis

postérieurement par M. Bouillaud, qu'à la suite d'une péricardite guérie et terminée par adhérence, la région précordiale pouvait offrir une dépression, une sorte de rétrécissement suivant le diamètre antéro-postérieur, rétrécissement qui est l'analogue de celui qu'on observe si fréquemment du côté de la poitrine à la suite des pleurésies.

La péricardite chronique succède quelquefois à la forme aiguë ; d'autres fois elle est primitive; ceci se remarque surtout dans les cas où elle est de nature tuberculeuse. Les symptômes locaux sont alors les mêmes que pour l'état aigu, et on observe, en outre, généralement la plupart des autres accidents qui, comme l'œdème, accompagnent presque toutes les maladies organiques du cœur. La durée de la péricardite chronique peut être de plusieurs mois.

La péricardite peut-elle devenir cause de maladies autres que celles du cœur? C'est là une opinion professée en Angleterre par des hommes de mérite, notamment par les docteurs Stanley, Abercrombie, et surtout par Bright et Burrows, qui tous parlent d'affections de la moelle et du cerveau qui seraient occasionnées par des maladies aiguës du péricarde et du cœur, et qui masqueraient les symptômes de ces derniers. Mais il ne résulte pas de la lecture des observations qu'on cite qu'il y ait évidemment une corrélation entre les deux genres d'affection. Il y a seulement ici complication de deux maladies.

Diagnostic. — Le diagnostic de la péricardite n'est incertain qu'autant qu'on voit manquer les principaux symptômes, particulièrement ceux qui sont fournis par les moyens physiques d'exploration (inspection, percussion, auscultation). Cependant, même en l'absence de ces symptômes, lorsqu'on verra un malade être pris de fièvre et de dyspnée, et qu'on ne pourra expliquer ces accidents par aucune phlegmasie des bronches, des plèvres et des poumons, on devra, par voie d'exclusion, *soupçonner* une péricardite. Les probabilités augmentent lorsqu'aux symptômes précédents se joignent une douleur précordiale, des lipothymies que l'état général n'explique point, et une irrégularité du pouls, ou bien encore un œdème des extrémités survenant plus ou moins subitement chez un sujet qui ne présentait pas antérieurement les signes d'une maladie de cœur. Enfin, la matité, la voussure et les bruits anormaux dont nous avons parlé, observés chez des sujets habituellement bien portants, sont des signes certains de péricardite. Inutile de dire, d'après ce qui précède, que cette maladie ne saurait être confondue avec une pleurodynie, ni avec une bronchite, avec une pneumonie, ni avec une pleurésie. Son diagnostic d'avec l'endocardite offre parfois un peu plus de difficulté : c'est ce que nous verrons bientôt.

Pronostic. — La péricardite est certainement une maladie grave ; cependant quelques personnes en exagèrent trop le danger. On peut dire, en règle générale, que les péricardites simples, survenant chez un sujet bien portant, guérissent presque toutes. La péricardite qui affecte dès le début une marche chronique est ordinairement mortelle.

Étiologie. — La péricardite peut se montrer à tous les âges de la vie :

cependant c'est dans la période de dix-huit à trente qu'elle paraît avoir son maximum de fréquence. La femme y semble moins sujette que l'homme dans la proportion de 1 à 4 ou 5. La prédisposition héréditaire joue peut-être un certain rôle. Comme M. Louis l'a observé, les causes excitantes de la maladie restent le plus souvent inconnues. On a vu la péricardite être l'effet d'une plaie ou de toute autre violence exercée sur les parois thoraciques; d'autres fois elle succède à l'impression du froid. Cependant, en définitive, on ne découvre de cause évidente que dans la sixième partie des cas seulement (Hache). La péricardite est une affection souvent consécutive; les maladies dans le cours desquelles on la voit se déclarer spécialement sont : le rhumatisme, la pneumonie, la pleurésie, et les lésions organiques du cœur (*voir* ces maladies). Enfin, la péricardite paraît être une des maladies incidentes les plus fréquentes de la folie, puisque, d'après M. Calmeil, on en trouverait des traces chez la quinzième partie des aliénés qui succombent.

Traitement. — Il faut opposer à la péricardite les saignées générales et les saignées locales (ventouses et sangsues) à la région précordiale. Les pertes de sang seront faites d'après les principes que nous avons précédemment exposés. On y joindra la diète, les boissons douces et nitrées, les révulsifs sur les extrémités inférieures et sur le tube digestif. Dans le but de modérer les battements du cœur, on administre la digitale. Enfin, lorsque, l'orgasme inflammatoire ayant été suffisamment combattu, les signes d'épanchement persistent, on devra recouvrir la région précordiale d'un large vésicatoire dont on entretiendra la suppuration.

Ce dernier moyen est à peu près la seule médication active qu'on doive employer contre la péricardite chronique; on devra même, dans les cas rebelles, le remplacer par un exutoire plus énergique, comme un cautère, un moxa et même par un séton.

DE L'ENDOCARDITE OU CARDITE INTERNE.

L'inflammation de la membrane interne du cœur a reçu le nom d'endocardite, de ἐν, *dans*; καρδία, *cœur*.

Historique. — Le mot *endocardite* a été proposé par M. Bouillaud. Si cet auteur n'a pas réellement découvert la maladie, puisque Mat. Baillie, Burns, Kreysig, Laënnec et M. Andral, en avaient parlé avant lui, il a eu du moins le mérite incontestable d'avoir décrit avec plus de précision ses caractères anatomiques; le premier de tous, d'ailleurs, il a fait connaître les causes et les symptômes d'une affection dont il a certainement exagéré la fréquence et les suites, mais qui néanmoins était inconnue sous le rapport symptomatique avant la publication de son important ouvrage sur les maladies du cœur. Les auteurs qui sont venus depuis M. Bouillaud n'ont guère ajouté aux recherches de ce médecin.

Anatomie pathologique. — Il ne faudrait pas sur le cadavre diagnostiquer une endocardite, par cela seul que la membrane interne du cœur offrirait une coloration rouge, partielle ou générale. Quels que soient, en

effet, la nuance de la rougeur de l'endocarde, son étendue et les points qu'elle occupe, qu'elle résiste ou non au lavage, et même à une macération prolongée, il est impossible de déterminer si elle est l'effet d'un travail inflammatoire ou d'une simple imbibition cadavérique. Les signes observés pendant la vie, ou les lésions concomitantes, telles que l'inflammation d'un vaisseau, ne peuvent fournir encore que des présomptions, mais jamais de certitude absolue. M. Bouillaud paraît avoir trop souvent méconnu ces principes, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant les observations qui forment, dans son *Traité des maladies du cœur*, la première catégorie des cas d'endocardite, faits qu'on ne saurait à coup sûr considérer pour la plupart comme étant des exemples d'inflammation de l'endocarde. Pour établir l'existence de l'endocardite, il faudra donc la réunion de quelques autres caractères, tels que le boursouflement ou l'épaississement, la friabilité ou le ramollissement des parties injectées, leur ulcération, ou mieux encore la présence du pus et de fausses membranes. Ces différentes lésions n'ont pourtant pas la même valeur. Ainsi le boursouflement ou le simple épaississement, quoique pouvant être l'effet d'un travail inflammatoire récent, peut cependant remonter quelquefois à une époque déjà éloignée et s'être développé indépendamment de toute phlegmasie, de sorte que cette lésion, coïncidant même avec la rougeur, ne nous semble pas encore suffisante pour mettre hors de doute l'existence d'une endocardite. Quoi qu'il en soit, l'épaississement de l'endocarde est souvent très difficile à constater; et il n'est bien manifeste que sur les valvules. L'endocarde enflammé peut être ridé, plus friable ou ramolli; il peut même présenter une ou plusieurs ulcérations. Celles-ci nous ont paru siéger surtout sur les valvules, qui sont alors le plus souvent perforées; cette lésion d'ailleurs est très rare. Il n'existe jusqu'à présent aucun fait qui prouve d'une manière certaine que l'endocardite se soit jamais terminée par gangrène. Mais la lésion essentielle et vraiment caractéristique de cette phlegmasie consiste dans une sécrétion purulente ou pseudo-membraneuse. La présence du pus est ordinairement difficile à constater, car le courant circulatoire l'entraîne à mesure qu'il est sécrété; on en trouve pourtant quelquefois de petites quantités qui sont enkystées dans des caillots adhérant à l'endocarde. Plus souvent encore l'endocardite produit des fausses membranes grisâtres, lisses ou grenues, et striées à leur surface, plus ou moins épaisses et étendues; elles occupent surtout les valvules; celles-ci sont épaissies; partout ces concrétions adhèrent intimement à l'endocarde, qu'on trouve ordinairement à ce niveau opaque, plus épais et friable. Il arrive souvent, ainsi que je l'ai vu dans un cas remarquable publié par moi dans le *Journal hebdomadaire*, en 1836, qu'indépendamment des fausses membranes dont j'ai parlé, il existe des caillots fibrineux, décolorés, élastiques, adhérant à l'endocarde immédiatement, ou par l'intermédiaire de concrétions pseudo-membraneuses. Enfin, sur le bord libre des valvules ventriculaires et sigmoïdes, on trouve souvent de petites tumeurs à base large ou pédiculées, d'un blanc grisâtre ou rougeâtre, plus ou moins friables; les unes sont globuleuses; les autres,

grenues, ont tout à fait l'aspect des choux-fleurs syphilitiques; d'autres fois ce sont simplement de petites granulations du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, discrètes ou confluentes. Il est impossible de déterminer si ces espèces de végétations sont produites par la coagulation du sang ou si elles ne résulteraient pas plutôt d'une exhalation pseudo-membraneuse; cette dernière supposition nous paraît la plus probable. Enfin, pour terminer, nous dirons que l'endocardite produit en général une augmentation plus ou moins considérable du volume du cœur. Cette maladie coïncide dans la moitié des cas avec une péricardite plus ou moins étendue.

Telles sont les lésions qui caractérisent l'endocardite aiguë. Mais il est bien plus difficile, dans l'état actuel de la science, de déterminer quels sont les caractères anatomiques propres à l'endocardite chronique.

Nous croyons pourtant que les adhérences des valvules, se formant en général entre leurs points les moins mobiles, doivent avoir une origine inflammatoire. On a prétendu qu'il en était de même des plaques blanches, des opacités, et de l'épaississement de l'endocarde; mais c'est là une erreur: car M. Bizot a démontré que, si dans le jeune âge l'endocarde offrait partout une égale transparence, il n'en était plus de même à une époque plus avancée de la vie, où l'on voyait les cavités gauches et le bord membraneux des valvules sigmoïdes correspondantes devenir opaque et plus épais, tandis qu'à droite la membrane conservait son premier état. M. Bouillaud a voulu encore rattacher à une inflammation chronique de l'endocarde les productions cartilagineuses, osseuses et crétacées des valvules; mais ce médecin a trop généralisé quelques faits cliniques favorables à sa doctrine, et quelques autres qui lui étaient fournis seulement par l'analogie. On peut certainement supposer la possibilité d'une transformation cartilagineuse, osseuse ou crétacée des productions fibrineuses et albumineuses de l'endocarde, lorsque nous voyons tous les jours ces mêmes transformations s'opérer dans les membranes de la plèvre, du péricarde, du péritoine, etc. L'observation clinique nous a en outre démontré que chez quelques individus les altérations dont je parle ont manifestement succédé à une inflammation aiguë du cœur. Mais ces faits sont réellement exceptionnels, et, dans la presque totalité des cas, les concrétions cartilagineuses et osseuses des orifices du cœur arrivent par les progrès de l'âge ou par suite d'une perversion dans la nutrition des tissus, et qui n'a pas comme point de départ une phlegmasie aiguë. Pour me résumer, je dirai donc que l'endocardite peut produire toutes les altérations que M. Bouillaud lui attribue; mais celles-ci n'ont pas nécessairement ni même le plus ordinairement cette origine. Il en est de même de quelques solutions de continuité, et surtout de ces perforations simples ou multiples de la partie membraneuse des valvules. Cette altération, que M. Bizot a décrite sous le nom d'*état réticulaire*, arrive spontanément; elle ne produit le plus souvent aucun trouble appréciable dans la circulation cardiaque.

Symptômes. — L'endocardite est rarement une affection primitive, elle survient le plus souvent dans le cours d'une autre maladie aiguë; il en ré-

sulte qu'elle n'a presque jamais de prodromes. Dans l'endocardite aiguë, il y a rarement de la douleur à la région précordiale; les malades se plaignent seulement d'oppression et de palpitations. La percussion fait constater une augmentation plus ou moins considérable dans le volume du cœur. Par l'auscultation, on trouve qu'il y a beaucoup d'impulsion ; que les battements sont superficiels ; qu'ils ont le timbre tantôt plus sourd, tantôt plus clair et comme métallique, tandis que d'autres fois ils sont masqués ou remplacés par des bruits de souffle, de lime ou de râpe. Le pouls, toujours accéléré, souvent irrégulier, offre généralement de la force et de la résistance : cependant il est quelquefois petit et faible, et contraste singulièrement avec l'impulsion et la violence des battements du cœur, ce qu'il est naturel d'attribuer, avec M. Bouillaud, à ce que des concrétions albumino-fibrineuses embarrassent les orifices et s'opposent à ce qu'une large colonne de sang soit projetée dans le système artériel. Cette gêne dans la circulation amène d'autres accidents : ainsi la dyspnée augmente jusqu'à la suffocation, les membres s'infiltrent; il y a du délire, des lipothymies, des syncopes. Enfin, quelques unes de ces concrétions peuvent, en se détachant, être entraînées par le mouvement circulatoire, et aller boucher un vaisseau principal, ce qui est presque infailliblement suivi d'une gangrène des parties situées au-dessous. Du côté des organes digestifs, on n'observe que de l'inappétence et de la soif.

Marche, durée, terminaisons. — Si les accidents continuent de s'accroître, l'endocardite peut avoir une issue funeste ; mais, le plus souvent, la maladie paraît se terminer par résolution. Dans ce cas, les caillots et les fausses membranes sont-ils complétement résorbés ? Il est naturel de le supposer lorsqu'on voit les individus revenir à un état de santé parfait, et le cœur ne présenter rien de morbide, ni à la percussion ni à l'auscultation. Si au contraire la maladie passe à l'état chronique, on voit alors se développer ces transformations cartilagineuses et osseuses dont nous parlerons au chapitre des lésions organiques.

La durée moyenne de l'endocardite serait, d'après M. Bouillaud, de huit jours seulement; mais nous la croyons beaucoup plus longue. L'endocardite a en effet la même durée que la péricardite.

Diagnostic. — L'endocardite est une maladie d'un diagnostic souvent fort difficile; elle n'a des caractères bien distincts que lorsqu'elle est intense et qu'elle occupe une grande étendue. Lorsqu'en effet, chez un individu qui ne présente aucun signe d'affection du cœur, on voit survenir brusquement de l'oppression et des palpitations; lorsque le cœur est tout à coup augmenté de volume, lorsqu'il donne à l'oreille une impulsion vive, directe, et que ses bruits sont masqués ou remplacés par des bruits morbides, alors seulement on pourra diagnostiquer une endocardite; dans tous les autres cas on devra rester dans l'incertitude. L'endocardite ne peut être confondue qu'avec une péricardite pseudo-membraneuse et sans épanchement liquide. Cependant, dans celle-ci, il y a souvent une douleur précordiale qui est fort rare dans la première; la matité a une étendue peu considérable; le frottement est plus superficiel, moins circonscrit, il se

passe évidemment très près de l'oreille, et, comme M. Bouillaud l'a observé plusieurs fois, on peut le faire cesser, puis revenir, en variant les positions du malade. Enfin, dans cette forme de la péricardite, il y a rarement l'oppression et les troubles circulatoires qui accompagnent les endocardites violentes. La péricardite avec épanchement liquide sera difficilement confondue avec une inflammation de l'endocarde, à cause surtout de la profondeur à laquelle on entend les battements de cœur, ce qui est tout à fait l'inverse de ce qu'on voit dans l'endocardite. Cependant le diagnostic différentiel est souvent difficile à établir à cause de la coïncidence des deux maladies; mais l'erreur est ici sans inconvénient pour la thérapeutique.

Pronostic. — L'endocardite est une affection grave; car, bien qu'elle ait généralement une heureuse issue, elle peut quelquefois se terminer rapidement par la mort, et dégénérer d'autres fois en une lésion organique incurable.

Étiologie. — L'endocardite reconnaît les mêmes causes que la péricardite; comme celle-ci, elle peut être produite par une cause traumatique et par l'impression du froid; enfin, c'est un accident assez commun dans le cours de plusieurs maladies aiguës, spécialement dans le cours du rhumatisme articulaire. (Voir cette affection.)

Traitement. — Le traitement est le même que pour la péricardite.

DE LA CARDITE.

On donne le nom de *cardite* ou *carditis* à l'inflammation des tissus musculaire et celluleux du cœur. Cette maladie, fort rare et à peine connue, peut être primitive; mais le plus souvent elle est consécutive à une péricardite, et plus encore à une endocardite.

Quelques auteurs ont rapporté à l'inflammation diverses altérations du cœur, telles que la coloration rouge, lie de vin ou livide, et la décoloration ou la teinte jaunâtre avec ou sans diminution de consistance du tissu. Mais telle n'est pas, le plus souvent du moins, l'origine de ces altérations. (Voir l'article *Ramollissement.*) Dans l'état actuel de nos connaissances en anatomie pathologique, la présence du pus peut seule caractériser la cardite. Le pus qu'on trouve dans le tissu du cœur est rarement infiltré; mais presque toujours il est réuni en petits foyers ayant le volume d'un pois, d'un haricot ou d'une noisette. Ces abcès siègent quelquefois sous l'endocarde; mais le plus souvent on les trouve dans le tissu charnu, entre les fibres musculaires. Celles-ci n'ont été ordinairement qu'écartées; d'autres fois, la cavité de l'abcès est creusée à leurs dépens; elles sont alors détruites à ce niveau ou bien réduites en pulpe, en bouillie rougeâtre; le tissu musculaire est livide, friable dans une étendue plus ou moins considérable. Ces abcès sont souvent multiples; ils sont quelquefois enkystés; le pus qu'ils contiennent est phlegmoneux, s'il a été uniquement formé par le tissu cellulaire; mais s'il résulte aussi de l'inflammation de la fibre musculaire, il est rougeâtre et moins consistant. Ces collections purulentes peuvent

occuper tous les points de l'organe, mais elles se forment surtout dans le ventricule gauche. Elles peuvent s'ouvrir dans une des cavités du cœur ou dans le péricarde; si elles s'ouvraient à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du cœur, il en résulterait une perforation très rapidement mortelle. Enfin, on comprend qu'un abcès développé dans l'épaisseur de la cloison ventriculaire pourrait devenir un moyen de communication entre les cavités droite et gauche, s'il s'ouvrait simultanément ou successivement dans l'une et dans l'autre.

On a encore parlé d'une cardite chronique, caractérisée tantôt par des abcès enkystés, et remontant à une époque plus ou moins éloignée, à en juger par l'épaisseur du kyste. D'autres fois, ce sont des indurations ou plutôt des transformations fibreuses, cartilagineuses, du tissu musculaire; mais rien ne prouve jusqu'à présent que ces lésions soient consécutives à un travail inflammatoire.

Il n'existe aucun signe capable de faire reconnaître ou même soupçonner une cardite. Il est des malades qui succombent avec des abcès multiples dans le cœur, sans que cet organe ait présenté pendant la vie des troubles spéciaux; chez d'autres, au contraire, on a constaté dès le début une grande perturbation dans les mouvements de l'organe, des palpitations, une oppression extrême, et des lipothymies. Mais il n'y a là rien qui soit caractéristique. Tous les pathologistes sont d'accord sur l'impossibilité d'arriver au diagnostic de la cardite.

DE L'ARTÉRITE.

Le mot *artérite* sert à désigner l'inflammation des artères, soit que la phlegmasie occupe simultanément plusieurs des tuniques, soit qu'elle reste limitée seulement à l'une d'elles. Ce dernier cas d'ailleurs est le plus rare.

Historique. — Depuis Arétée et Galien, les auteurs ont parlé de l'artérite; mais leurs connaissances sur ce sujet se bornaient à des notions fort incomplètes et peu précises. Les recherches de P. Frank et surtout celles de Sasse (1), à la fin du dernier siècle, ont été le signal d'observations nouvelles que nous devons, pour la plupart, à nos contemporains : ainsi, c'est grâce aux travaux de MM. Louis (2), Andral (3), Bouillaud (4), Gendrin (5), Bérard (6), François (7), Breschet (8), Bizot (9), Trousseau, Rigot (10), Delpech et Dubreuil (11), etc., qu'on peut aujourd'hui fixer avec quelque précision le caractère des principales lésions dont le système artériel est le siége.

(1) *De vasorum sanguifer. inflammatione*, Hale, 1797. (2) *Fièvre typhoïde*, t. Ier. (3) *Précis d'anat. pathologique*, t. II, p. 350. (4) *Dict. de médecine et de chirurg. pratiques*, article *Artérite*. (5) *Histoire anat. des inflammations*. (6) *Dictionnaire de médecine*, t. IV, p. 90. (7) *Essai sur les gangrènes spontanées*, Mons, 1832. (8) *Journal des progrès*, t. XVII, p. 119. (9) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. Ier. (10) *Archives*, année 1826. (11) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, année 1829, Mémoire sur la *Gangrène momifique*.

Anatomie pathologique. — De même que nous l'avons vu dans l'endocardite, la rougeur des artères est un caractère anatomique insuffisant de l'inflammation de ces vaisseaux, puisque cette coloration peut être seulement l'effet d'une imbibition cadavérique. Sur la plupart des sujets qu'on ouvre, l'arbre artériel offre dans un plus ou moins grand nombre de points une coloration rouge qui varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge écarlate et vineux. Cette rougeur, qui devient plus vive par le contact de l'air, est uniforme, ou bien elle est disposée par plaques irrégulières ou par bandes; elle intéresse toute l'épaisseur de la séreuse, le tissu cellulaire, et quelquefois elle s'étend aux autres tuniques. On la rencontre d'autant plus fréquemment que l'agonie a été plus longue, que l'autopsie est faite à une époque plus éloignée, que la température est plus chaude, la putréfaction plus avancée et le sang plus liquide. La rougeur est aussi plus marquée dans les parties déclives, au voisinage des organes enflammés, partout enfin où le sang se trouve en quantité plus considérable. Cependant, dans les cas où la portion de vaisseau qui est colorée en rouge ne contient plus de sang, il ne faudrait pas en conclure que la coloration dépend d'un travail inflammatoire et ne tient pas à l'imbibition; car il arrive souvent que du sang qui stagne dans un vaisseau, dans les premiers instants qui suivent la mort, et qui en colore les parois, est ensuite entraîné plus ou moins loin par les mouvements qu'on imprime au cadavre, par le dégagement des gaz, et par suite des différents phénomènes qui accompagnent la putréfaction.

La rougeur qui dépend d'une inflammation de l'artère ne diffère en rien de celle qui est l'effet de l'imbibition cadavérique; les meilleurs auteurs d'anatomie pathologique sont d'accord sur ce point. Ainsi les observations recueillies sur l'homme par Laënnec, par le professeur Bérard et par M. Louis, comme celles qui ont été faites sur les animaux par MM. Andral et Dupuy, Trousseau et Leblanc, s'accordent pour démontrer que la rougeur est un signe insuffisant de l'artérite. Pour qu'elle puisse en indiquer l'existence, il est nécessaire qu'elle coïncide avec quelque altération dans la nutrition des tissus, telle que l'épaississement et la friabilité de la membrane interne, qui, souvent alors, est en même temps flétrie, ridée, villeuse ou inégale, se séparant facilement par le simple arrachement, ainsi que les professeurs Delpech et Dubrueil l'ont surtout établi dans leur travail inséré en 1829 dans le *Mémorial des hôpitaux du Midi*. Enfin on trouve souvent des caillots fibrineux plus ou moins décolorés et adhérant intimement à la membrane interne du vaisseau.

La coagulation du sang est, en effet, un des phénomènes qui accompagnent le plus ordinairement les inflammations vasculaires; mais elle n'a pas lieu à beaucoup près dans tous les cas : aussi est-ce à tort, suivant nous, que la formation des caillots a été regardée comme un phénomène constant et presque nécessaire dans l'artérite. Le signe anatomique le plus certain que nous ayons de cette phlegmasie est une exsudation albumineuse, pseudo-membraneuse, développée à la surface de l'artère. Cette concrétion est parfois assez considérable pour obstruer tout à fait le vais-

seau. Molle, presque amorphe au début, elle s'étale bientôt sur la membrane interne sous forme de lames ou de plaques blanchâtres plus ou moins épaisses. Elle peut être résorbée; mais d'autres fois elle continue de s'accroître et subit diverses transformations que nous indiquerons bientôt. L'exhalation dont je parle peut encore se faire entre les tuniques du vaisseau, et surtout dans leur gaîne; c'est alors que l'artère comprise entre une ligature se coupe avec autant de facilité que du lard. Enfin du pus, ou du moins une matière puriforme, peut être exhalé à la face interne du vaisseau; d'autres fois ce produit infiltre les parois, et peut même y former des collections. Telles sont les lésions propres à l'artérite aiguë.

Il est plus difficile de caractériser anatomiquement l'artérite chronique: c'est à tort que quelques auteurs ont voulu rattacher à cette inflammation toutes les lésions de nutrition du tissu artériel, telles que les ulcérations et les perforations, les productions cartilagineuses, osseuses, athéromateuses, crétacées, etc. Cependant il en est quelques unes qui semblent avoir, sinon toujours, du moins le plus souvent, une origine inflammatoire. Ainsi, d'après M. Bizot, les plaques cartilagineuses des artères ne seraient autre chose que la production albumineuse que nous avons vue à l'état aigu, et qui, lorsqu'elle n'est pas résorbée, s'organise, durcit, prend dès lors la consistance du blanc d'œuf cuit, et finit bientôt par acquérir la dureté du cartilage. Lorsque ce produit a subi cette transformation, la membrane interne a ordinairement cessé d'exister à ce niveau, et la plaque cartilagineuse appuie alors sur la membrane moyenne immédiatement ou par l'intermédiaire d'une couche de matière jaunâtre semblable à du jaune d'œuf durci (c'est la matière dite *athéromateuse*). Il n'est donc pas exact de dire avec la plupart des anatomo-pathologistes que les plaques cartilagineuses se développent entre les deux tuniques internes. Les plaques dont nous parlons sont tantôt isolées, d'autres fois elles recouvrent uniformément toute la surface du vaisseau, qui éprouve à ce niveau une sorte de rétraction; on dirait au prime abord qu'il existe en ce point une cicatrice. M. Bizot a nié que ces plaques cartilagineuses subissent la transformation osseuse, et que celle-ci fût jamais un résultat d'inflammation. Nous prouverons, en effet, dans un autre endroit de ce livre, que cette ossification dépend des progrès de l'âge ou d'une simple perversion dans la nutrition des tissus : nous en dirons autant des productions athéromateuses et méliceriques. Quant aux ulcérations, il en est qui sont primitives, qui se développent de dedans en dehors, et qui semblent réellement être le résultat d'une phlegmasie aiguë ou chronique. Mais le plus grand nombre ont une autre origine, et sont, en effet, consécutives à la perforation de la tunique interne par une concrétion osseuse ou par diverses autres productions liquides ou semi-solides (*pus*, *athérome*, *stéatome*) développées entre les deux membranes internes. Enfin, rien ne prouve que l'hypertrophie et l'atrophie des parois des artères, que quelques personnes rapportent à l'inflammation chronique, aient cette origine.

Symptômes. — Dans l'artérite il existe d'abord des douleurs vives le

long du trajet du vaisseau : celui-ci bat souvent avec plus de force au début. Si l'artère est superficielle, elle forme une espèce de corde ordinairement bosselée, inégale, tendue, rénitente, très douloureuse à la pression. Commençant dans un point plus ou moins circonscrit, l'inflammation s'étend plus ou moins vite, et généralement elle marche dans la direction du cours du sang; cependant cette règle souffre de nombreuses exceptions : ainsi, dans l'artérite consécutive à une ligature, l'inflammation n'affecte guère que le bout supérieur du vaisseau. Les symptômes généraux sont proportionnés à l'étendue et à l'intensité de l'inflammation ; mais, en général, lorsque la maladie est simple, il n'y a qu'un appareil fébrile médiocre et de l'anorexie. Cependant, lorsque le vaisseau se trouve obstrué par l'épanchement albumineux ou par la coagulation du sang, on voit alors survenir différents phénomènes qui indiquent une interruption plus ou moins complète dans la circulation : ainsi les battements diminuent de force, puis ils cessent tout à fait; on observe alors des douleurs vives, de l'engourdissement, la paralysie, le refroidissement et la gangrène des parties situées au-dessous de l'obstacle. La mortification commence presque toujours par les points les plus éloignés du centre circulatoire : ainsi, dans l'inflammation de l'artère crurale, les orteils et le pied sont les premières parties affectées. L'artérite est donc une des causes de la gangrène improprement appelée *spontanée* ou *sénile*. Quand celle-ci survient par suite de la maladie dont nous parlons, on trouve toujours que l'inflammation occupe une des artères principales de la partie mortifiée. D'accord avec M. V. François, nous ne saurions, par conséquent, admettre avec MM. Delpech et Dubreuil que la gangrène par artérite soit le résultat ordinaire de l'inflammation des capillaires artériels; les raisons qu'invoquent les deux savants professeurs de Montpellier en faveur de leur doctrine ne sont point acceptables.

Si l'oblitération, au lieu d'être instantanée ou du moins extrêmement rapide, se fait progressivement, lentement, et si la circulation collatérale a le temps de se développer, la mortification pourra bien ne pas avoir lieu; mais la nutrition étant alors souvent insuffisante, la partie diminue de volume et s'atrophie. Le rétrécissement du vaisseau est un accident constant, une suite nécessaire de l'artérite : cependant, quoique enflammée, l'artère peut rester encore perméable en grande partie : c'est même ce qui a lieu le plus souvent lorsque la phlegmasie atteint l'aorte et même les artères principales des membres ou de la tête. L'oblitération est, au contraire, un accident à peu près constant de l'inflammation qui attaque les artères d'un médiocre ou d'un petit volume.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard par quels caractères l'artérite se distingue de la phlébite et de la lymphangite. Le phlegmon diffère de l'artérite par l'étendue de l'engorgement, par la tumeur qu'il forme, par la nature des douleurs dont il est le siége, et par l'absence des signes indiquant l'obstruction ou l'oblitération de l'artère.

Pronostic. — L'artérite est une affection grave en raison surtout de la gangrène qui peut en être le résultat, à cause aussi des lésions organiques

qu'elle laisse après elle, et qui, faisant perdre au tissu artériel sa résistance et son élasticité, l'exposent aux perforations et aux dilatations anévrismales.

Étiologie. — Le tissu artériel est un de ceux qui s'enflamment le plus rarement. Les causes de l'artérite sont fort obscures; le plus souvent la maladie paraît être tout à fait spontanée. On a dit que la pléthore, qu'un sang riche, qu'un régime excitant, y prédisposaient; mais il n'y a encore à ce sujet rien de démontré. La maladie succède quelquefois à des violences extérieures; elle a été souvent consécutive à une ligature du vaisseau : les chirurgiens anglais en citent un assez grand nombre d'exemples. Mais il n'arrive presque jamais que l'artérite survienne par suite de l'extension d'une phlegmasie voisine; c'est même un fait fort remarquable de voir si souvent des phlegmons diffus dénuder l'artère principale d'un membre dans une grande étendue, et celle-ci rester intacte, quoique entourée de tous côtés par de la suppuration. L'artérite est, dit-on, plus commune chez l'homme que chez la femme : sur soixante-dix-sept cas rapportés par Tiedemann, on l'a rencontrée cinquante fois chez les hommes et vingt-sept fois chez les femmes (Lebert).

Traitement. — Dans le traitement de l'artérite, il faut insister sur les antiphlogistiques. S'il y a de la fièvre, on pratiquera une ou plusieurs saignées générales; on appliquera sur le trajet du vaisseau malade un grand nombre de sangsues; on fera des frictions mercurielles dès le début; des cataplasmes émollients seront mis en permanence, et une ou deux fois par jour la partie sera plongée pendant plusieurs heures dans un bain émollient; enfin on lui donnera une position convenable pour ralentir le plus possible l'afflux du sang artériel, et par accélérer le retour du sang veineux vers le cœur.

QUELQUES REMARQUES SUR L'AORTITE.

Je ne parlerai pas des caractères anatomiques de l'aortite aiguë et chronique, car je ne pourrais que répéter ce que j'ai dit précédemment en traitant de l'artérite en général. Nous aurions, en effet, à décrire ici la même rougeur avec boursouflement, ramollissement, perte du poli de la membrane interne, avec production de fausses membranes, de caillots fibrineux et de suppuration. C'est surtout dans les cas d'aortite qu'on a rencontré ces foyers purulents que nous avons dit plus haut pouvoir se former dans l'épaisseur des artères. Un des faits les plus curieux de ce genre est celui que M. Andral rapporte dans son Anatomie pathologique d'un individu qui présenta dans l'épaisseur de l'aorte une demi-douzaine d'abcès ayant le volume de petites noisettes et remplis d'un pus phlegmoneux. L'inflammation occupe rarement toute l'étendue de l'aorte, mais le plus souvent elle est limitée à sa crosse et à sa portion thoracique ou abdominale.

Jusqu'à présent on ne connaît aucun signe certain capable de faire reconnaître une aortite. Ainsi la chaleur avec un feu dévorant dans la poitrine et le ventre, coïncidant avec un pouls petit et faible, ou bien, d'après

quelques autres, l'énergie des battements de l'aorte, des douleurs sourdes et profondes suivant la direction du vaisseau ; enfin, des lipothymies et des syncopes, des accès violents de suffocation et de toux, une grande anxiété, tel est l'ensemble des symptômes que les auteurs signalent comme appartenant à l'aortite. Nous y joindrons l'apparition rapide de l'œdème, que M. Bizot a rencontré dans les trois cas d'aortite aiguë qu'il a observés. L'anasarque sera donc un symptôme important capable d'appeler l'attention. Lorsqu'elle survient d'une manière aiguë dans le cours d'une affection fébrile, et que l'examen du cœur, du péricarde et des reins ne peut l'expliquer, on devra alors, sinon *diagnostiquer*, du moins *soupçonner* une inflammation de l'aorte, avec production de fausses membranes et de concrétions sanguines. Les pulsations violentes du vaisseau, que M. Bouillaud considère comme ayant une grande valeur, ont réellement peu d'importance, puisque, d'après la remarque de M. Bizot, elles ont manqué dans les cas d'aortite observés par M. Bouillaud lui-même. Quoi qu'il en soit, si, malgré ce que je dis ici, quelques personnes attachaient encore quelque valeur à ce signe, il faudrait bien prendre garde de ne pas attribuer à une aortite ces battements violents qu'on observe quelquefois à l'épigastre chez les hypochondriaques ou chez les femmes hystériques, et dont nous parlerons à l'occasion des névroses du système artériel. Enfin, le docteur Corrigan a essayé de prouver, il y a quelques années, que l'inflammation de la membrane qui tapisse l'aorte à son origine pouvait donner naissance au groupe de symptômes connu sous le nom d'*angine de poitrine*, et devait par conséquent être placé au nombre des causes de cette affection formidable. Cependant les faits que le célèbre professeur de Dublin invoque en faveur de son opinion ne sont pas concluants, puisque, sur les huit observations qu'il rapporte, il n'y en a qu'une qu'on puisse citer comme étant réellement un exemple d'angine de poitrine, et même dans ce cas il n'est pas démontré que la lésion de l'aorte ait été réellement la cause de la maladie. L'aortite ne peut être, en effet, suivant nous, qu'un accident ou une complication de l'angine.

Le diagnostic de l'aortite chronique est plus difficile encore. Le plus souvent celle-ci n'occasionne aucun désordre, ou bien les symptômes qui en résultent se confondent avec ceux qui sont ordinairement produits par les lésions organiques du cœur.

L'aortite peut être suivie des accidents que nous avons vus succéder souvent à l'obstruction ou à l'oblitération des vaisseaux : telles sont la faiblesse, la paralysie, l'atrophie des membres inférieurs ou même la gangrène de ces parties. L'aortite paraît être, en effet, une des causes qui produisent les oblitérations non congénitales de l'aorte. Certaines perforations de ce vaisseau ayant lieu surtout vers sa crosse et déterminant une mort subite, ont aussi plusieurs fois été le résultat de la même lésion. Enfin, lorsque l'aortite aiguë ou chronique amène une diminution dans le calibre du vaisseau, la circulation du sang est plus difficile : ce liquide reflue alors du côté du cœur et le distend ; l'aorte rétrécie ayant en outre perdu une partie de son élasticité, le cœur est obligé de se contracter plus vio-

lemment que de coutume, afin de surmonter ces deux résistances : aussi le plus souvent finit-il par s'hypertrophier avec ou sans dilatation.

D'après ce que nous venons de dire, il est inutile d'insister pour prouver que l'aortite est une affection grave. Si on pouvait la reconnaître, on devrait employer contre elle un traitement antiphlogistique énergique.

DE LA PHLÉBITE EN GÉNÉRAL ET DE QUELQUES PHLÉBITES EN PARTICULIER.

L'inflammation des veines a reçu le nom de *phlébite*.

Historique. — Signalée anciennement par Arétée, mais décrite pour la première fois par John Hunter, et plus tard par Sasse et par Abernethy, la phlébite a été en France l'objet d'un grand nombre de travaux, parmi lesquels se distinguent ceux de MM. Breschet (1), Ribes (2), Dance (3), Blandin (4), Cruveilhier (5).

Anatomie pathologique. — De même que les artères, et plus souvent encore que ces dernières, les veines peuvent présenter une coloration d'un rouge plus ou moins foncé par suite d'une imbibition de leur tissu. La rougeur est donc encore une preuve insuffisante de l'inflammation veineuse ; pour caractériser cette dernière, il faut aussi qu'il existe dans le vaisseau quelque altération de nutrition et de sécrétion.

Lorsqu'on ouvre une veine enflammée, on trouve que ses parois sont souvent plus ou moins épaissies ; la membrane interne, rouge ou opaque, est inégale, rugueuse ; elle est friable et se réduit en pulpe ; elle est parfois tapissée par une fausse membrane albumineuse grisâtre, ou bien des caillots fibrineux lui adhèrent ; enfin, plus rarement, elle est immédiatement en contact avec du sang liquide altéré et avec de la matière purulente. Elle semble quelquefois hypertrophiée, et on voit plus manifestement alors la direction longitudinale des fibres qui la constituent. Dans ces cas, la veine ne s'affaisse plus, et, lorsqu'on la coupe en travers, son orifice reste béant comme si c'était une artère. Enfin, si l'inflammation a envahi le tissu cellulaire ambiant, on trouve celui-ci induré, infiltré de pus, adhérent à la veine, qui souvent présente de distance en distance des perforations qui mettent sa cavité en communication avec les abcès du tissu cellulaire. Cette extension de la phlegmasie aux parties environnantes (tissu cellulaire ou parenchyme) est d'autant plus facile que la veine a naturellement moins d'épaisseur et qu'elle adhère plus intimement aux tissus subjacents : c'est ce qui explique pourquoi l'inflammation se propage si souvent des veines utérines à l'utérus lui-même.

La veine enflammée peut rester entièrement perméable : le pus est alors entraîné dans le torrent circulatoire au fur et à mesure qu'il est exhalé ; mais presque toujours la cavité du vaisseau est obstruée par des fausses membranes, et surtout par l'organisation de caillots, que quelques personnes

(1) Traduction de l'ouvrage d'Hodgson *sur les maladies des artères et des veines.* (2) *Revue médicale*, année 1825. (3) *Archives*, t. 19. (4) *Journal hebdomadaire*, année 1829. (5) *Dictionnaire de méd. et de chirur. pratiques*, article *Phlébite.*

ont eu le tort grave de regarder non seulement comme un phénomène constant, mais comme étant le phénomène primitif de toute inflammation des veines. Ceux-ci, grisâtres, blanchâtres, fibrineux à l'extérieur, sont humides et rougeâtres à l'intérieur : quelques uns contiennent du sang fluide couleur lie de vin, ou bien c'est un pus grisâtre, que les uns ont regardé comme pouvant être produit par l'inflammation du caillot ; mais il est plus rationnel de le regarder comme ayant été exhalé par la veine, et séquestré ensuite de la circulation générale par l'organisation des caillots. Ces derniers adhèrent plus ou moins intimement à la veine, et recouvrent parfois très exactement toute la surface malade ; ils peuvent alors empêcher les produits de sécrétion d'être entraînés dans le sang ; mais pour peu que le pus soit exhalé en certaine quantité, le caillot est décollé, ou, si le pus s'épanche dans son intérieur, il finit par amener la distension et la rupture de la poche dans laquelle il est accumulé. Quelquefois les caillots, au lieu de recouvrir toute la surface enflammée, n'existent qu'aux limites supérieure et inférieure de la suppuration, qu'ils circonscrivent très exactement. Enfin, d'autres fois on trouve plusieurs caillots placés à de certaines distances les uns des autres, et circonscrivant de petites collections purulentes, qui souvent communiquent avec des foyers du tissu cellulaire par une perforation de la veine. Dans quelques autres cas, l'oblitération du vaisseau malade, au lieu d'être produite par des caillots, résulte de l'adhérence intime des parois par suite d'une inflammation adhésive : c'est là ordinairement une circonstance favorable ; car les adhérences sont une barrière qui résiste beaucoup plus que ne le font les caillots aux efforts du pus. Celui-ci, accumulé dans la veine, tend à faire irruption dans la portion saine du vaisseau. Quoi qu'il en soit, lorsque la phlébite n'entraîne pas la mort, le caillot subit diverses transformations : le plus souvent il se décolore et durcit ; la veine le suivant dans son retrait, lui adhère de plus en plus, et finit par former un cordon fibreux imperméable. D'autres fois, le caillot se canalise, et la circulation momentanément suspendue se rétablit ; la veine offre seulement à ce niveau un calibre moins considérable.

La phlébite a plus ou moins d'étendue : ainsi on voit parfois la phlegmasie envahir une veine dans toute sa longueur, comme la saphène interne ; d'autres fois la maladie est circonscrite dans un petit espace, comme 2 ou 3 centimètres ; je l'ai même vue n'affecter qu'une partie de la circonférence du vaisseau ; ce cas, pourtant est extrêmement rare, on ne l'observe guère que lorsque la veine est très volumineuse.

Quelle que soit la veine malade, les caractères de l'inflammation sont les mêmes partout ; mais, pour les saisir, il faut que le vaisseau ait un certain volume, qu'il puisse être isolé et qu'il soit accessible aux instruments de dissection : voilà pourquoi il est impossible de constater l'inflammation des capillaires veineux. Cependant la phlébite capillaire du système osseux pourra être soupçonnée par l'existence d'une lésion qui, si elle ne constitue la maladie, l'accompagne du moins constamment : je veux parler de l'infiltration purulente de la membrane médullaire, surtout marquée dans le tissu spongieux des os. C'est ce qu'on constate facilement en cassant l'os avec

un marteau ou en le sciant longitudinalement. J'ai rencontré cette lésion chez tous les sujets que j'ai vus succomber en si grand nombre à l'inflammation des veines après l'amputation des membres.

Phlébite utérine. — La phlébite utérine, si bien étudiée par Dance, est un accident commun chez les femmes en couches ; elle occupe surtout les veines voisines de l'insertion du placenta. L'inflammation peut envahir un plus ou moins grand nombre de veines et de sinus ; il n'est pas rare de la voir limitée aux seuls vaisseaux d'une des moitiés latérales de l'organe ; souvent, au contraire, la phlegmasie se propage jusque dans les veines ovariques et dans toute la longueur de celles-ci. Il est assez commun de voir l'inflammation gagner le tissu même de l'utérus, qui devient alors rougeâtre, ramolli, infiltré de pus au voisinage des veines malades. Dans les cas dont nous parlons, les parois utérines sont molles, flasques, et l'organe a généralement conservé un volume considérable, eu égard surtout au temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement.

Phlébite des sinus. — La phlébite des sinus cérébraux, que M. Tonnelé a le premier fait connaître, et sur laquelle M. Bruce, de Liverpool, publia un travail intéressant dans la *Gazette médicale de Londres* de 1840, est anatomiquement caractérisée, comme la phlébite des veines, par des concrétions sanguines et pseudo-membraneuses, ainsi que par la sécrétion du pus. En outre, lorsque l'altération siège dans un des sinus principaux, tels que le sinus longitudinal supérieur, on constate dans les méninges et le cerveau des altérations résultant du trouble apporté à la circulation cérébrale : ainsi les veines de la convexité sont saillantes comme si on les avait pénétrées avec une injection artificielle ; le tissu sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité ; celle-ci remplit plus ou moins les ventricules ; enfin on trouve des épanchements sanguins dans les méninges et le cerveau. Cependant ces lésions secondaires manquent dans la plupart des cas d'inflammation des sinus, ce qui s'explique aisément lorsqu'on se rappelle que les veines cérébrales, quoique distinctes à leur terminaison dans les sinus, s'anastomosent les unes avec les autres à leur origine, et, comme elles sont dépourvues de valvules, elles peuvent se suppléer entre elles ; de sorte que, pour intercepter la circulation veineuse du cerveau, il faudrait que presque tous les sinus fussent oblitérés à la fois.

Abcès consécutifs. — Chez presque tous les individus qui succombent à la phlébite, on trouve, indépendamment des lésions locales que nous avons énumérées, plusieurs autres altérations, dont les plus remarquables et les plus fréquentes sont des abcès multiples (dits *métastatiques*) qui se forment dans les principaux organes de l'économie. Ils se rencontrent surtout fréquemment dans les poumons, puis dans le foie et dans la rate. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les abcès des reins, du cerveau, du tissu cellulaire, ceux des muscles (les muscles du mollet surtout), des articulations et du cœur. Non seulement les abcès métastatiques se forment dans les organes les plus vasculaires, mais ils se montrent encore, surtout dans la portion de ces organes qui renferme le plus grand nombre de vaisseaux : ainsi dans le cerveau et les reins ils n'envahissent presque jamais

que la substance corticale de ces organes. Si le viscère est double (comme le poumon), ils sont en plus grand nombre dans celui qui est le plus volumineux; et s'il est divisé en plusieurs lobes (comme le foie et les poumons), ils existent surtout dans le lobe le plus gros. Enfin, quel que soit leur siége, ces abcès occupent surtout la superficie des viscères : c'est ce qui explique pourquoi leur présence dans les poumons coïncide si souvent avec un épanchement purulent des plèvres. Si la péritonite est un accident plus rare des abcès métastatiques du foie, il est assez rationnel de l'attribuer à la capsule de Glisson, qui empêche que la phlegmasie ne s'étende aussi facilement à la séreuse abdominale. Les abcès des poumons, du foie et des reins, ont à peu près les mêmes caractères anatomiques. Leur point de départ est une ecchymose, une infiltration de sang, et le plus souvent une sorte d'apoplexie. Ce liquide, intimement combiné avec les tissus, forme des noyaux durs, pouvant acquérir le volume d'une grosse noix pour le poumon et le foie, et d'une aveline pour les reins. Ces noyaux présentent à la coupe une surface uniforme, d'un noir un peu plus foncé au centre qu'à la périphérie. Mais à une époque plus avancée, on découvre çà et là des points opaques et purulents qui deviennent de plus en plus manifestes ; enfin le noyau, se ramollissant du centre à la périphérie, finit par se convertir en un abcès dont le pus est généralement blanc, épais, phlegmoneux, et au fond duquel on découvre, dit-on, quelquefois une ou plusieurs petites veines enflammées et suppurées, disposition que je n'ai jamais pu saisir d'une manière bien évidente. Le plus souvent, on trouve chez le même sujet les différents degrés d'altération que je viens de décrire.

Les abcès de la rate sont au contraire larges, irréguliers, formés par un mélange de pus, de sang et de détritus de l'organe; ces différences s'expliquent par la texture de ce viscère. Les abcès du cerveau sont toujours extrêmement petits, et ne consistent guère qu'en un plus ou moins grand nombre de gouttelettes de pus, infiltrant la substance corticale. Les abcès des muscles ont beaucoup d'analogie avec ceux des poumons et du foie. Il n'y a parfois qu'un engorgement sanguin ; d'autres fois le pus est infiltré dans l'interstice des fibres : c'est ce qui a toujours lieu pour le tissu du cœur. Mais, dans les muscles des membres, il y a souvent destruction de la fibre musculaire elle-même. Enfin, le pus qui remplit fréquemment les articulations est blanc, phlegmoneux, et ne s'accompagne généralement d'aucune altération appréciable dans la synoviale.

État du sang. — Indépendamment de ces désordres, le sang est diffluent et semblable à de la gelée de groseilles ; plusieurs fois on l'a vu mêlé à des globules de pus : ceux-ci ont été distingués non seulement avec le microscope, mais encore à l'œil nu ; c'est ainsi que, dans des cas de phlébites traumatiques de la jambe, j'ai pu reconnaître du pus jusque dans les veines crurale et iliaque. Enfin, les cadavres de ces individus se putréfient promptement, et, comme l'a remarqué avec raison M. Bérard, toutes les parties exhalent souvent une odeur purulente.

Théorie. — D'après ce qui précède, il est bien certain que le pus sé-

crété dans la veine peut se mêler au sang et l'altérer. C'est en vain que M. Tessier a, dans ces derniers temps, contesté ce fait, qui n'en reste pas moins parfaitement établi pour nous et pour tous ceux qui ont disséqué avec quelque soin des veines enflammées; qu'il me suffise de citer ici MM. Blandin, Bérard, Velpeau, Dance, Cruveilhier, Breschet, etc. Si parfois on trouve la portion de veine malade séquestrée de la circulation par des caillots adhérents, il n'en faut pourtant pas conclure que, dans ces cas, le pus n'a pas été mêlé au sang; car ce mélange a pu se faire avant l'organisation des caillots, ou bien ceux-ci, existant dès le début, ont pu se décoller et se rompre à une certaine époque, et livrer passage au pus; enfin, l'infection a pu se faire par les collatérales. Ainsi, dans toute phlébite, il peut y avoir infection du sang par le pus qui est sécrété dans la veine, et c'est cette altération consécutive que le sang éprouve qui détermine la série d'accidents que nous verrons caractériser la seconde période de la maladie, et qui rend compte en outre de la formation de toutes les collections purulentes que nous avons rencontrées dans la plupart des organes. Dans la phlébite, il n'y a pas seulement transport mécanique du pus de la veine dans d'autres parties; mais il faut encore admettre, avec Dance, que le sang vicié, infecté, est apte à produire des inflammations disséminées toutes spéciales, qui se terminent rapidement par suppuration, ou bien encore on peut supposer, avec M. Cruveilhier, que le pus, n'étant point éliminé, agit comme un véritable corps étranger qui, s'arrêtant dans certains capillaires, les enflamme et détermine des engorgements sanguins, et bientôt après des abcès. Ces deux théories sont les seules qu'on puisse raisonnablement admettre et défendre aujourd'hui.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaison*. — On distingue les symptômes de la phlébite en *locaux* et en *généraux*. La veine enflammée est le siége d'une douleur plus ou moins vive. Si le vaisseau est superficiel, on sent un cordon dur, douloureux, inégal, rouge; si elle est plus profondément placée, on ne perçoit qu'une rénitence, qu'une tension douloureuse, qui suit exactement le trajet connu de la veine. La partie malade se meut difficilement, et pour peu que la veine affectée soit volumineuse, et que l'altération occupe une certaine étendue, il existe un œdème plus ou moins considérable en raison de la gêne qu'éprouve la circulation. Enfin, à ces symptômes locaux il se joint du malaise, de la céphalalgie, de l'inappétence, de la soif et un mouvement fébrile, continu ou rémittent. La phlegmasie est bornée primitivement aux parties envahies; mais, le plus souvent, elle se propage à de nouveaux points, en suivant le sens de la circulation veineuse, c'est-à-dire qu'elle marche des capillaires vers le cœur : cependant cette règle souffre des exceptions très nombreuses. L'inflammation gagne encore souvent une ou plusieurs ramifications de la veine, et parfois même elle s'étend par les anastomoses aux veines voisines. Cependant, au bout de quelques jours, lorsque le sang a été altéré par son mélange avec le pus, on voit apparaître de nouveaux symptômes caractérisant la seconde période de la maladie, dite période d'*infection*.

Les malades éprouvent alors des frissons irréguliers, revenant parfois

périodiquement ; ils sont suivis d'une chaleur vive et sèche, et souvent de sueurs abondantes. Le malade est inquiet, agité ; il est tourmenté par des rêvasseries ; bientôt on remarque un trouble passager dans les idées, puis un délire continu. La face, amaigrie, est pâle, jaunâtre, terreuse, altérée ; les traits expriment la stupeur, l'hébétude ; les yeux sont cernés ; la langue est sèche, fuligineuse, tremblotante ; il y a souvent du dévoiement fétide ; le pouls est petit, faible, et les forces sont prostrées. C'est au milieu de ces accidents qu'on voit souvent apparaître dans divers points du corps, dans le tissu cellulaire ou dans l'épaisseur des muscles, les abcès dont nous avons parlé. Chez d'autres, c'est un ictère qui envahit rapidement tout le corps, et qui coïncide le plus souvent avec la formation d'abcès métastatiques dans le foie ; d'autres malades accusent des douleurs vives, atroces, térébrantes, dans plusieurs articulations, qui le plus souvent alors, se remplissent de pus. Enfin, chez quelques autres individus, on voit survenir les signes d'une pleurésie suraiguë, ou bien il y a une toux sèche, de l'oppression, de la dyspnée, phénomènes qui se rattachent quelquefois à la formation de noyaux sanguins ou d'abcès métastatiques dans les poumons ; plusieurs, enfin, présentent des escarres et des pustules à la peau. C'est au milieu de cet ensemble de symptômes que les malades succombent. La mort arrive communément dans le courant ou vers la fin du troisième septénaire. On l'a vue survenir après trois jours dans deux cas rapportés, l'un par M. Bouillaud, l'autre par M. Tessier. Si la maladie doit avoir une heureuse issue, l'amélioration se déclare avant la manifestation des symptômes d'infection : alors les accidents généraux et locaux diminuent peu à peu d'intensité. La convalescence s'établit franchement ; les parties reprennent plus ou moins lentement leur état normal ; quelquefois elles conservent pour longtemps, souvent pendant tout le reste de leur vie, un volume plus considérable dû à une légère infiltration séreuse ou à une simple turgescence sanguine, ce qui s'explique par l'oblitération de la veine principale et par l'insuffisance de la circulation collatérale. Lorsque l'infection du sang a eu lieu et s'est révélée par ses symptômes, la mort est la terminaison presque nécessaire de la maladie : cependant on a cité quelques cas de guérison ; un des plus remarquables qu'on connaisse a été rapporté dans les *Archives* de 1845 par M. Vidal (de Cassis). C'est toujours par l'infection du sang et par les lésions consécutives qui en sont la suite que la phlébite amène la mort des individus. Contrairement à ce qui arrive pour l'artérite, on ne voit que fort rarement la phlébite produire la gangrène des parties.

Variétés suivant le siége. — Les symptômes de cette seconde période sont absolument les mêmes, quel que soit d'ailleurs le siége de la phlébite ; mais il n'en est plus de même des symptômes locaux, qui diffèrent entre eux suivant la veine qui est affectée. Ce que j'ai dit précédemment s'applique aux phlébites des veines des membres ; mais les symptômes locaux manquent plus ou moins complétement dans les inflammations des veines splanchniques, telles que les veines cave, porte, iliaque ou hypogastrique, etc. Cependant, si l'oblitération de ces vaisseaux est complète,

on devra souvent observer, suivant la veine qui est malade, un épanchement séreux dans les membres, dans les parois du tronc et dans la cavité abdominale ; ces accidents, rapprochés des symptômes généraux d'infection, pourront faire diagnostiquer la nature et même parfois le siége de la maladie.

La phlébite des veines utérines, qu'on n'observe guère qu'après l'accouchement, s'accompagne souvent de quelques symptômes locaux, dont aucun d'ailleurs n'est caractéristique : ainsi, l'utérus cesse de revenir sur lui-même ; l'organe reste volumineux et proémine à l'hypogastre ; il est très légèrement douloureux à la pression ; le malade se plaint en outre de pesanteur à l'hypogastre ; les lochies sont fétides et moins abondantes. J'ai vu pourtant tous ces phénomènes manquer parfois complétement. Ainsi il n'est pas rare que la matrice, nonobstant l'inflammation de ses veines, revienne peu à peu à son volume naturel ; la pression hypogastrique et le toucher ne réveillent parfois aucune douleur ; les lochies coulent comme de coutume. Le seul phénomène morbide qu'on observe alors est une fièvre souvent modérée, mais continue, offrant des exacerbations plus ou moins régulières ; mais au bout de quelque temps, apparaissent les signes d'infection, qui seuls révèlent la nature de l'affection et ses dangers.

L'inflammation des sinus cérébraux peut être tout à fait latente, ne s'accompagner d'aucun symptôme local, et peut-être moins souvent encore de symptômes généraux de résorption. Cependant, lorsqu'un des sinus principaux se trouve oblitéré, il en résulte parfois une infiltration séreuse ou sanguine des méninges, des épanchements apoplectiques et des ramollissements rouges, lésions qui produisent de la céphalalgie, de la somnolence, du coma, des convulsions, la paralysie, etc. : avouons cependant qu'il est à peu près impossible, pendant la vie, de remonter à la véritable cause de pareils accidents.

Diagnostic. — D'après ce qui précède, on voit que l'inflammation qui n'affecte point une veine superficielle, que la phlébite utérine, par exemple, ne peut guère être diagnostiquée que par les symptômes généraux d'infection purulente. Lorsque, en effet, dans le cours d'un appareil fébrile continu, qui existe depuis sept, huit ou dix jours, on voit survenir des frissons irréguliers, du délire, de la prostration et une teinte ictérique de la peau, on devra déjà redouter une infection du sang par la matière purulente ; ces craintes sont encore plus fondées lorsqu'à ces symptômes il se joint des douleurs articulaires ; enfin, le doute n'est plus permis lorsqu'on voit se développer des abcès multiples dans diverses parties du corps.

Le délire pourrait jusqu'à un certain point faire confondre une phlébite avec une affection cérébrale ; mais la marche de la maladie empêchera toujours de commettre une pareille méprise. Trop de différences existent également entre la phlébite et la fièvre typhoïde pour qu'un homme expérimenté puisse jamais les confondre. Si, en effet, la prostration, le subdélirium, l'hébétude, la sécheresse de la langue, sont des symptômes communs aux deux maladies, dans la fièvre typhoïde seule, cependant, on trouve le météorisme, le gargouillement dans la fosse iliaque, l'intumescence de

la rate, l'éruption lenticulaire, le rale sibilant dans la poitrine, indépendamment des lumières que fourniront la marche comparative des deux maladies et les symptômes du début, comme la céphalalgie et les épistaxis, qui n'appartiennent qu'à la fièvre typhoïde. Les frissons revenant souvent périodiquement et l'aggravation également régulière des symptômes pourraient encore faire confondre la phlébite avec la fièvre rémittente. Mais si dans la première il n'y a jamais eu d'apyrexie, s'il a toujours existé un appareil fébrile continu avec des exacerbations plus ou moins régulières, il y a, en outre, tous les symptômes généraux propres aux résorptions purulentes. Si l'absence de tout symptôme local empêche quelquefois de déterminer le siége précis de l'affection, certains commémoratifs ont néanmoins une grande valeur : ainsi les signes d'infection survenant dans le cours de l'état puerpéral ou à la suite d'une opération sanglante faite sur l'utérus, indiquent que l'inflammation occupe les veines de cet organe ou celles de l'excavation pelvienne. De même, la connaissance d'une contusion ou d'une plaie du crâne qui aurait précédé la manifestation des signes d'infection purulente fera supposer une phlébite des veines du péricrâne ou des sinus du diploé.

Pronostic. — La phlébite est une maladie très grave. Le danger est en rapport avec l'étendue de la phlegmasie. L'inflammation des veines des membres est moins grave que celle des veines splanchniques. La phlébite qui survient spontanément est plus fâcheuse que celle qui est consécutive à une violence extérieure. M. le professeur Forget a soutenu, dans la *Gazette médicale* de 1847, une opinion contraire. L'oblitération du vaisseau est une circonstance favorable ; car elle diminue les chances de l'infection du sang, qui est un accident presque toujours mortel.

Étiologie. — Il n'est aucune des veines principales du corps qu'on n'ait trouvée enflammée plus ou moins fréquemment. La phlébite est rarement spontanée : le plus souvent elle survient sous l'influence de causes mécaniques. Ainsi la phlébite des membres, qui est la plus fréquente, est presque toujours produite par quelque violence extérieure, comme une contusion, une déchirure de la veine, ou une piqûre avec un instrument sale, rouillé, ou imprégné d'une matière animale putride. Ainsi on voit très souvent l'inflammation des veines du pli du bras et de la saphène interne survenir à la suite de la phlébotomie, lorsqu'on a fait celle-ci avec une lancette en mauvais état, ou lorsque les malades se sont servis de leur membre avant que la cicatrisation de la veine fût complète, ou bien encore lorsque la plaie a été irritée par le contact de quelque corps étranger. Les piqûres anatomiques ou bien l'immersion d'une partie dénudée excoriée, dans un liquide putride, comme l'eau des macérations anatomiques ou les épanchements purulents, sont des causes très actives de phlébite, et qui emportent tous les ans à Paris plusieurs jeunes confrères. On sait enfin que la phlébite est l'accident le plus redoutable après toutes les grandes opérations et généralement après toutes les solutions de continuité. La simple contusion d'une veine est plus souvent qu'on ne croit la cause de phlébites qui sont ordinairement méconnues pendant la vie.

C'est ce qu'on observe spécialement pour les veines qui appuient sur les os, et qui, en raison de cette circonstance, éprouvent plus fortement les effets du choc. Ainsi, nous avons vu quelquefois une contusion de la tête produire une inflammation des veines du péricrâne, ou bien des sinus du diploé lui-même : aussi, lorsqu'on voit se développer des accidents de résorption purulente chez un individu bien portant, et qui n'a nulle part de foyer de suppuration, il faudra, par l'étude des commémoratifs et par l'inspection attentive de toute la surface du corps et du crâne en particulier, s'assurer s'il n'existe aucune trace de contusion qui aurait pu être le point de départ de la maladie. Enfin, la phlébite des veines utérines, qui emporte un si grand nombre de femmes en couches, doit être encore considérée comme une inflammation traumatique. On sait, en effet, qu'après l'expulsion du placenta, les veines restent pendant quelque temps béantes au fond de l'utérus, et sont pénétrées souvent par les matières sanieuses, purulentes, putrides, qui baignent la cavité utérine. Enfin, la phlébite peut être l'effet de l'extension à la veine de la maladie d'un organe voisin : ainsi nous verrons plus tard combien l'inflammation des veines est un accident commun autour des tumeurs encéphaloïdes; M. le docteur Bruce a établi aussi que la phlegmasie de quelques uns des sinus ; celle des sinus latéraux, par exemple, était souvent consécutive à l'otorrhée purulente.

Traitement. — Le traitement de la phlébite, à sa première période, est tout antiphlogistique. Si la réaction fébrile est vive, et le pouls fort, résistant, on pratiquera une ou plusieurs saignées. Lorsque la veine est superficielle, on appliquera sur tout son trajet un grand nombre de sangsues; on enveloppera la partie de cataplasmes émollients, et on la plongera plusieurs fois par jour dans un bain tiède. Il sera également très avantageux de recourir, à cette époque, à des onctions mercurielles faites sur le trajet de la veine enflammée. M. Pasquier conseille, dans les mêmes cas, les fomentations narcotiques (décoction de guimauve et de pavot, 2 litres; extrait thébaïque, 4 grammes). On recherchera avec grand soin s'il n'existe pas sur le trajet de la veine aucun point fluctuant; car si on en percevait, il faudrait l'inciser transversalement, et donner issue à la suppuration, afin de prévenir son passage dans le torrent circulatoire. L'infection du sang par le pus que la veine sécrète est un danger toujours imminent dans le cours de la phlébite; c'est dans le but de le prévenir que quelques personnes, notamment Reil, Abernethy et M. Velpeau, ont conseillé de comprimer la veine aux limites de l'inflammation les plus voisines du cœur, afin de déterminer une adhérence des parois ou la formation de caillots fibrineux, ou bien encore pour s'opposer mécaniquement par l'aplatissement du vaisseau, au passage du pus; nous avons plusieurs fois essayé ce moyen avec avantage. D'autres ont recommandé la section transversale du vaisseau; mais ce moyen est insuffisant, et de plus il est dangereux, en donnant souvent une nouvelle impulsion au travail inflammatoire. En est-il de même du procédé de M. Bonnet, de Lyon, qui consiste à appliquer le fer rouge le long de la veine enflammée, dans le but de provoquer une

inflammation adhésive ; c'est à une expérience ultérieure à le décider. Cependant, quoi qu'on fasse, dans beaucoup de cas, le pus finit toujours par infecter le sang au moyen de la circulation collatérale. Lorsque les symptômes de l'infection sont survenus, le malade est voué à une mort à peu près certaine. Tous les moyens qu'on a employés jusqu'à présent ont été inutiles : tels sont les émissions sanguines, les toniques, et particulièrement le quinquina, les bains, les affusions, les vésicatoires, les évacuants, et notamment les purgatifs ; les excitants diffusibles, les mercuriaux ; enfin, les contro-stimulants. Il faut donc désormais chercher parmi d'autres agents des ressources contre l'accident dont je parle. L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur d'un médicament récemment proposé par M. Tessier; je veux parler de l'alcoolature d'aconit que ce médecin donne à la dose de 2 à 4 grammes mêlé à la tisane. L'aconit agirait d'après lui, non à titre de spécifique, mais de la même manière que l'émétique à haute dose agit dans la pneumonie. (*Gazette médicale*, année 1846.)

DE L'INFLAMMATION DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

On sait que le système lymphatique se compose de vaisseaux et de ganglions. Nous allons étudier successivement l'inflammation dans ces deux ordres d'organes.

DE L'ANGIOLEUCITE.

SYNONYMIE. — Lymphatite, lymphite, lymphangite.

A différentes époques les auteurs ont invoqué l'inflammation du système lymphatique comme étant la source d'une foule d'affections aiguës et chroniques; mais la plupart de ces opinions n'avaient point pour base une observation sévère. Ce n'est que dans ces dernières années qu'on a convenablement étudié ce point de la science. Les connaissances précises que nous avons sur ce sujet sont dues, en partie, aux travaux de MM. Andral, Cruveilhier, Tonnelé, Duplay, Nonat, et surtout aux recherches de M. Velpeau, dont le travail important inséré dans les *Archives* de 1836 a été reproduit depuis par tous ceux qui ont traité la même question.

Anatomie pathologique. — Les vaisseaux lymphatiques qui sont le siége d'une inflammation aiguë augmentent de volume et deviennent visibles à l'œil nu. Ils se montrent alors sous la forme de cordons, blancs ou rougeâtres, bosselés, inégaux, pouvant égaler en volume une plume de corbeau. Ils sont généralement distendus par un pus phlegmoneux, homogène; leur face interne est quelquefois tapissée d'une fausse membrane ; leurs parois sont souvent rouges, dures, friables, épaissies; elles ne s'affaissent plus lorsqu'on pique le vaisseau et qu'on le vide du pus qu'il contient. Le plus souvent, le lymphatique continue à être perméable, mais quelquefois il est oblitéré par une fausse membrane ou par l'adhésion des parois entre elles. De pareilles oblitérations ont été plusieurs fois ob-

servées sur une partie du canal thoracique lui-même, qu'on a vue alors être transformée en un cordon fibreux. Dans un grand nombre de cas, du pus existe dans les vaisseaux lymphatiques, sans qu'il soit possible pourtant de constater aucune lésion manifeste dans la portion correspondante de ces organes. C'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment pour les lymphatiques de l'utérus et du bassin chez les femmes qui succombent à la fièvre puerpérale. On a alors été porté à admettre que le pus avait simplement pénétré dans les vaisseaux par absorption; et il faut avouer que cette opinion est presque toujours justifiée par la présence d'un foyer purulent dans un organe voisin, ou bien on trouve tout au moins un commencement d'infiltration purulente dans le tissu cellulaire : c'est ce qu'on constate, par exemple, fort souvent chez les femmes qui ont succombé à une péritonite puerpérale. Il est rare de trouver des abcès métastatiques chez les sujets qui succombent à une angioleucite : cependant M. Velpeau paraît en avoir observé plusieurs fois de très nombreux et de très petits dans les poumons et dans le foie. Le sang trouvé dans le cœur et dans les vaisseaux est ordinairement noirâtre et diffluent.

A l'état chronique l'angioleucite est surtout caractérisée par l'induration et par l'épaississement des parois; les lymphatiques présentent alors de distance en distance des nodosités produites par l'induration des valvules; quelquefois, mais rarement pourtant, il existe de la suppuration : Astley Cooper en a rapporté un exemple. Enfin l'obstruction et l'oblitération des conduits sont un résultat très commun de l'angioleucite chronique.

Symptômes, *marche*. — Lorsque l'inflammation occupe les vaisseaux lymphatiques superficiels, on voit se dessiner à la surface de la peau des stries, des rubans ou de simples plaques, qui varient, pour la couleur, du rose au rouge vineux ou violacé. Ces lignes sont irrégulières, tortueuses, et circonscrivent des espaces plus ou moins grands de peau saine. Ils occupent une étendue plus ou moins considérable; ils s'étendent parfois sur toute la longueur d'un membre, et ont presque toujours pour point de départ une altération des téguments, comme une plaie, une phlegmasie ou une suppuration quelconque. C'est le plus souvent dans le voisinage de ces lésions que la lymphite commence; il n'est pas rare cependant que les premières rougeurs se montrent dans un point plus ou moins éloigné. Ces rougeurs peuvent exister uniformément, ou bien des plaques érysipélateuses ne tardent pas à s'y entremêler; rares et disséminées d'abord, elles se réunissent bientôt, se confondent entre elles, et finissent par former une rougeur égale, offrant tous les caractères d'un érysipèle ordinaire. La partie malade est le siége d'une douleur brûlante, que M. Velpeau a comparée avec raison à celle de l'insolation; elle est toujours exaspérée par la pression; il existe communément un gonflement ordinairement peu considérable et comme œdémateux; enfin, les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques enflammés sont presque toujours douloureux et gonflés.

Lorsque l'inflammation atteint primitivement le plan profond des vaisseaux lymphatiques, c'est la douleur qui, d'après M. Velpeau, fixe d'abord l'attention; elle est profonde, pongitive ou lancinante; elle est fixe,

mais disséminée comme par foyers et d'une intensité inégale dans les différents points. Si on palpe la partie, on exaspère beaucoup les souffrances, et on sent profondément des points indurés très douloureux qui finissent par soulever la peau ; il existe souvent un gonflement dur, mais œdémateux, de toute la partie. La peau est tendue, luisante, blanche ou d'un rose pâle ; elle rougit, devient érysipélateuse, lorsque la phlegmasie se propage aux lymphatiques superficiels.

Les symptômes généraux de l'angioleucite se bornent communément à quelques frissons et à un état de malaise qui en marquent le début ; la fièvre est plus ou moins vive ; il y a alors de la soif, de l'inappétence et parfois des vomissements. Ces symptômes appartiennent exclusivement à la phlegmasie ; mais il en est d'autres résultant de l'infection du sang : tels sont le délire, la prostration, la langue fuligineuse, la petitesse du pouls, etc. Cependant de pareils accidents sont fort rares ; car les ganglions lymphatiques, qui eux-mêmes sont enflammés, opposent le plus souvent une barrière insurmontable au pus, et empêchent que ce liquide ne pénètre dans le système veineux. Cette pénétration, dont M. le professeur Bérard conteste la possibilité, paraît pourtant avoir lieu quelquefois ; c'est du moins ce que prouvent plusieurs faits recueillis par M. Velpeau. Cette infection diffère cependant de celle qui est consécutive à la phlébite, en ce qu'elle s'opère lentement : aussi les symptômes qui la caractérisent ne sont jamais ni aussi graves ni aussi rapides que ceux de l'inflammation veineuse. Il faut pourtant excepter les cas où la maladie a succédé à l'introduction dans l'économie d'une matière septique : c'est ainsi que beaucoup des individus qui succombent après une piqûre anatomique commencent par éprouver une angioleucite qui s'accompagne bientôt des accidents les plus formidables des résorptions purulentes, sans que l'autopsie révèle cependant aucune inflammation appréciable des veines.

Terminaison. — L'angioleucite peut se terminer par résolution ; c'est ce qui a lieu le plus souvent lorsque l'inflammation n'atteint qu'un petit nombre de vaisseaux superficiels. Dans le cas contraire, la maladie se termine par suppuration, et on trouve alors le pus infiltré ou réuni en collections plus ou moins vastes. On a dit que la phlegmasie pouvait se terminer par induration et par gangrène ; mais ce point n'est peut-être pas encore parfaitement démontré. On ne sait rien sur la forme chronique de la maladie. L'opinion de M. Alard, qui regarde l'éléphantiasis comme l'effet de l'angioleucite chronique, ne repose encore sur aucune observation bien précise, et elle n'est basée sur aucun fait d'anatomie pathologique un peu concluant.

Durée. — L'angioleucite a une durée très variable : lorsque la maladie n'occupe qu'un petit nombre de vaisseaux superficiels, la résolution peut être complète dès le quatrième ou cinquième jour ; d'autres fois la phlegmasie continue à s'accroître pendant sept à huit jours, et c'est alors, ou bien beaucoup plus tard, comme au vingtième jour, que la guérison survient. C'est aussi vers cette époque que la mort arrive, lorsque la maladie a une issue funeste.

Diagnostic. — L'angioleucite ne pourra être confondue qu'avec la phlébite, l'érysipèle et l'érythème noueux. Elle diffère de la phlébite, parce que dans celle-ci il y a un cordon plus dur, plus gros, plus douloureux et plus profond, existant sur le trajet connu d'une veine. On n'observe pas le gonflement des ganglions voisins ; enfin on voit plus fréquemment survenir des symptômes d'infection, qui suivent toujours une marche très aiguë. L'érysipèle diffère de l'angioleucite par une rougeur uniforme qui occupe un certain espace, et s'accompagne de dureté du derme et souvent de phlyctènes. L'érythème noueux a beaucoup plus de ressemblance avec l'angioleucite; il en diffère pourtant en ce que les plaques, plus foncées et très superficielles, offrent à la pression une mollesse comme fluctuante, et se terminent constamment par résolution.

Pronostic. — L'angioleucite a presque toujours une heureuse terminaison; elle peut pourtant avoir une issue fâcheuse : c'est ce qu'on observe spécialement dans les cas où il y a eu absorption d'un principe septique, comme on le voit trop fréquemment après les piqûre anatomiques. La suppuration est une terminaison fâcheuse, puisqu'elle peut produire des symptômes d'infection.

Étiologie. — L'angioleucite est une maladie presque toujours consécutive : ainsi elle survient ordinairement après des blessures de la peau, surtout lorsqu'elles ont été irritées ou qu'elles ont été produites avec un instrument sale; elle se déclare aussi après des contusions, ou bien spontanément au voisinage des parties enflammées, probablement par suite de l'absorption des principes morbifiques formés dans les tissus malades.

Traitement. — L'angioleucite réclame les mêmes moyens que la phlébite. On insistera particulièrement sur les saignées locales, sur les bains et les cataplasmes émollients, auxquels on joindra souvent les onctions mercurielles. Les vésicatoires volants sont indiqués lorsque, la phlegmasie restant stationnaire, il s'agit de décider une résolution ou une suppuration jusque là incertaine. Enfin, dans ces cas ou bien encore dès le début, lorsque l'angioleucite est très superficielle, on pourra avec avantage exercer la compression. Si des symptômes d'infection surviennent, l'art n'a encore aucun moyen efficace pour les combattre. (Voir plus haut *Phlébite.*)

DE L'ADÉNITE OU INFLAMMATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Les ganglions lymphatiques s'enflamment beaucoup plus fréquemment que les vaisseaux blancs.

Caractères anatomiques. — Dans un premier degré, le tissu du ganglion est gonflé, rougeâtre, rouge-brun, humide et friable; il peut finir par se ramollir et offrir une diffluence semblable à celle de la rate dans les fièvres typhoïdes. A une époque encore plus avancée, on trouve du pus disséminé, infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. On a prétendu que, dans l'adénite, l'inflammation occupait le tissu cellulaire interstitiel, et on invoque en faveur de cette opinion la possibilité qu'il y aurait de faire

passer le mercure des lymphatiques afférents dans les vaisseaux efférents en traversant les ganglions enflammés : cependant ce fait n'est pas encore suffisamment établi, et le fût-il, il ne serait pas encore tout à fait concluant.

Symptômes. — Lorsqu'un ganglion s'enflamme, il augmente de volume, il durcit et devient le siége de douleurs continues, lancinantes ; il finit par former une tumeur phlegmoneuse, saillante; la peau participe bientôt à la phlegmasie. Celle-ci peut se terminer par résolution ou être suivie de suppuration, d'induration, très rarement de gangrène. Cette maladie, lorsqu'elle est simple, a presque toujours une heureuse issue ; il est inutile de dire que je ne parle ici que de l'adénite externe et de celle qui ne se lie à aucun état général grave.

Étiologie. — L'inflammation des ganglions lymphatiques est presque toujours symptomatique d'une inflammation qui siége plus ou moins loin. Ainsi les ganglions sous-maxillaires et ceux des parties latérales du cou s'engorgent, s'enflamment dans les maladies du cuir chevelu, dans l'érysipèle et les ulcères de la face, dans les cas de stomatite, de dentition difficile, d'angine simple et surtout d'angine couenneuse. L'inflammation des ganglions axillaires reconnaît ordinairement pour cause une excoriation, une piqûre aux doigts, une plaie, une cause d'irritation sur les parois de la poitrine. Enfin, la phlegmasie des ganglions du pli de l'aine est ordinairement consécutive à une maladie des organes génitaux externes ou à quelque inflammation placée sur le membre inférieur, comme une solution de continuité, une pression excessive du pied par une chaussure trop étroite, etc. Les ganglions placés dans les cavités splanchniques ne s'enflamment guère aussi que d'une manière consécutive : tels sont les ganglions bronchiques, si souvent altérés dans la pneumonie; tels sont surtout les ganglions mésentériques, qui passent par tous les degrés de l'inflammation aiguë dans les cas de fièvre typhoïde et fréquemment aussi dans la dyssenterie. Cependant il est incontestable que quelquefois l'inflammation des ganglions a lieu primitivement et sans qu'on puisse saisir aucun changement appréciable dans les parties voisines : c'est ce qu'on voit, par exemple, quelquefois pour l'érysipèle; c'est aussi ce que nous avons déjà vu dans la peste. Une pression forte, des frottements continuels exercés sur une région pourvue de ganglions peuvent parfois enflammer ceux-ci. Ainsi, au rapport de M. Follet (*Gazette médicale* de 1844), les jeunes soldats seraient atteints fréquemment d'engorgements sous-maxillaires, ce que ce médecin attribue au frottement exercé par un col trop dur.

Traitement. — L'adénite aiguë réclame à peu près le même traitement que le phlegmon, c'est-à-dire les émissions sanguines, les bains, les cataplasmes. Si la suppuration se déclare, il faut ouvrir l'abcès dès que la présence du pus est certaine. Les vésicatoires, que quelques personnes emploient pour favoriser la résolution de l'engorgement ou la résorption du pus, m'ont paru n'avoir aucun avantage. Si l'induration persiste à l'état chronique, on devra employer les fondants, les résolutifs en topiques et en frictions (pommades iodées, mercurielles, etc.).

INFLAMMATIONS DE L'APPAREIL DE L'INNERVATION.

DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRALE.

Le mot *méningite* est une expression collective servant à désigner l'inflammation simultanée de l'arachnoïde et de la pie-mère, tandis que les mots *arachnitis* ou *arachnoïdite* et celui de *pie-mérite* emportent l'idée d'une inflammation bornée à l'arachnoïde et à la pie-mère, ce qui d'ailleurs est extrêmement rare. Il n'est pas douteux pour nous que la dure-mère ne soit susceptible de s'enflammer d'une *manière primitive*. Si les faits rapportés par Abercrombie offrent quelques doutes, il n'en est pas de même des deux qui sont consignés dans le travail de M. le docteur Albers de Bonn (*Gaz. méd.* de 1833) ; mais comme ils se rapportent à la dure-mère spinale, nous nous proposons d'y revenir un peu plus loin. Si l'inflammation primitive de la dure-mère est encore un fait douteux pour beaucoup d'auteurs, la plupart cependant conviennent que cette membrane est susceptible d'inflammation, consécutivement à une altération des os du crâne. Disons pourtant que jusqu'à présent on n'a pu saisir aucun symptôme capable de révéler sûrement une pareille altération.

Historique et divisions. -- Sous le nom de *phrenitis*, les anciens auteurs ont confondu l'inflammation des méninges, celle du cerveau et beaucoup de délires purement sympathiques ; mais aujourd'hui ces affections, distinctes sur le cadavre, le sont aussi presque toujours sur le vivant. Dans le courant du siècle dernier, et même jusque dans ces derniers temps, quelques auteurs, trop préoccupés de l'épanchement séreux qu'on observe assez souvent dans la méningite, considérèrent cette altération comme le caractère fondamental d'une maladie spéciale qu'on nommait *hydrocéphale aiguë*. Mais il est aujourd'hui incontestable qu'il faut rapporter à la méningite ou à la méningo-encéphalite presque toutes les observations d'hydropisies aiguës du cerveau qui ont été publiées. Enfin les recherches des modernes ont encore démontré que, sous le point de vue tant anatomique que pathologique, il fallait distinguer deux espèces de méningites qu'on a confondues jusque dans ces derniers temps; dans l'une, il y a production, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, de granulations particulières qui sont de nature tuberculeuse; dans l'autre, au contraire, on constate seulement les caractères propres aux inflammations du tissu séreux. Il ne sera question ici que de cette dernière, que nous considérerons à l'état aigu et à l'état chronique, renvoyant l'étude de la première variété à l'époque où nous traiterons de la maladie tuberculeuse. La méningite, telle que nous la comprenons dans cet article, a été l'objet de quelques travaux importants : nous citerons surtout ceux de MM. Andral et Guersant, ainsi que la bonne monographie publiée en 1821 par Parent-Duchâtelet et par M. Martinet.

Caractères anatomiques. — L'injection simple de la pie-mère, coïncidant avec une sécheresse particulière et l'état poisseux de l'arachnoïde, a été considérée par quelques auteurs comme devant se rapporter à la première période de la méningite. Toutefois ces lésions ne nous semblent pas suffisantes pour caractériser une phlegmasie des méninges; d'ailleurs il suffit que celle-ci persiste pendant quelques heures seulement pour voir survenir des altérations de nutrition et de sécrétion, qui ne laissent aucun doute sur le caractère de la maladie.

L'injection vive qu'on aperçoit sur la surface du cerveau siège exclusivement dans la pie-mère, ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; elle ne pénètre probablement jamais l'arachnoïde, qui est toujours incolore et transparente. C'est en raison de cette circonstance que quelques médecins ont soutenu, bien à tort, que, dans la méningite, l'arachnoïde était toujours intacte. Il arrive, en effet, fréquemment que, sans être injecté, le tissu de cette membrane est devenu opaque, friable, cassant; sa surface peut être inégale et dépolie; enfin il n'est pas rare de trouver dans sa cavité même une sérosité lactescente, du pus ou des fausses membranes albumineuses. Cependant presque toujours ces produits existent à peu près exclusivement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien : ils consistent en une sérosité opaque, d'aspect purulent, ou bien en une couche de pseudo-membranes répandues uniformément ou par places irrégulières sur les circonvolutions seulement, et qui le plus souvent se prolongent profondément jusque dans les anfractuosités. La pie-mère, qui paraît être, dans ce dernier cas, le siége presque exclusif de la maladie, est alors d'un rouge vif; son tissu est humide, friable; elle se sépare assez facilement du cerveau; mais lorsque la phlegmasie s'est propagée à la surface des circonvolutions, on ne peut l'en détacher qu'en entraînant en même temps avec elle un peu de substance cérébrale devenue rouge, plus molle ou bien plus consistante que de coutume, mais aussi très friable. Cette altération du cerveau existe communément sur une assez grande étendue; elle caractérise la forme d'encéphalite qu'on a nommée *diffuse*, et qui, en raison de sa coïncidence avec l'inflammation des méninges, est plus souvent désignée sous les noms de *céphalo-méningite* et de *méningo-encéphalite*.

La méningite est rarement générale; elle est plus souvent bornée à la convexité des hémisphères; quelquefois elle n'occupe que la base; elle peut même être circonscrite à un des lobes du cerveau, du cervelet, à la protubérance ou à la moelle allongée; enfin l'inflammation peut gagner la membrane des ventricules; ces cavités contiennent alors un liquide floconneux ou séro-purulent. La méningite de la convexité est plus commune chez les adultes, tandis que chez les enfants l'inflammation envahit plus fréquemment les méninges qui tapissent la base du cerveau.

Symptômes, marche. — La méningite peut avoir un début brusque ou bien être précédée de quelques prodromes dont les plus fréquents sont un malaise général, de la pesanteur de tête, quelques vertiges, de la torpeur intellectuelle et des épistaxis. Cependant, après une durée qui varie entre quelques heures et plusieurs jours, la maladie débute. On peut, en

égard aux symptômes qui surviennent, diviser le cours de l'affection en deux périodes qui sont : celle d'*exaltation* et celle de *collapsus*.

Première période. — Dans les cinq sixièmes des cas au moins, le début de la méningite est marqué par une céphalalgie plus ou moins vive, accompagnée d'agitation, d'insomnie, de fièvre intense, et souvent aussi de constipation et de vomissements. Mais la céphalalgie forme surtout alors le caractère prédominant : elle est ordinairement vive, lancinante, parfois sourde, obtuse, compressive ; elle augmente presque toujours par les mouvements et les secousses du corps, et souvent par l'impression d'une lumière trop vive ou de sons trop aigus. Rarement générale, elle n'occupe le plus souvent qu'une partie circonscrite de la surface du crâne, spécialement le front, plus rarement les tempes, le sinciput et l'occiput, ou seulement une moitié du front. D'ailleurs on peut rarement juger, par la place occupée par la douleur, du siége et de l'étendue de l'altération des méninges. La céphalalgie est à peu près la seule lésion de sensibilité dans la méningite intra-crânienne ; ce n'est, en effet, que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on constate simultanément quelques douleurs dans d'autres parties du corps. Cependant à la céphalalgie se joignent bientôt de l'agitation et du délire ; celui-ci est souvent calme : il ne consiste alors que dans un marmottement continuel de mots inintelligibles ; beaucoup de ces malades, interrogés et distraits de leurs idées, répondent assez exactement ; mais chez un grand nombre d'autres, il y a dès le début un délire furieux qui force à les fixer dans leur lit à l'aide de la camisole. Quelle que soit d'ailleurs sa forme, le délire est, en général, continu : cependant il n'est pas très rare de le voir cesser momentanément et être remplacé par des intervalles plus ou moins lucides. C'est encore à cette époque qu'on constate des troubles divers dans les organes locomoteurs, tels que des soubresauts des tendons, un tremblement des membres ou de véritables mouvements convulsifs, comme ceux qui caractérisent le tétanos ou l'épilepsie. Les convulsions, plus communes chez les enfants que chez les adultes, sont ordinairement partielles ; les parties qui en sont le plus souvent le siége sont, dans leur ordre de fréquence, les masséters, les muscles de la partie postérieure du cou, et ceux des extrémités supérieures et inférieures. Enfin, dans un dixième des cas, on constate du strabisme ; celui-ci est tantôt permanent, tantôt il est passager. Cette déviation dans l'axe visuel explique souvent les troubles de la vision, notamment la diplopie qu'on observe chez quelques uns des malades. Les mouvements convulsifs alternent ordinairement avec un peu d'assoupissement ou avec un état comateux, quelquefois avec des paralysies partielles ; mais ces accidents, qui, d'ailleurs, peuvent être observés dès le début, marquent ordinairement le passage de la première période de la maladie à la seconde. Ils coïncident le plus souvent avec la diminution ou avec la cessation de la céphalalgie ; enfin, après une durée qui est ordinairement de trois à quatre jours, et qui peut varier entre un jour et deux septénaires, la maladie arrive à sa seconde période ou période de collapsus.

Deuxième période. — A cette époque l'état d'exaltation cesse ; le délire

est remplacé par un assoupissement dont on peut d'abord retirer les malades, mais qui devient ensuite permanent. Aux mouvements convulsifs succède une résolution des membres, égale des deux côtés, ou plus marquée dans une moitié du corps; quelquefois la paralysie est partielle, limitée, par exemple, à la face, à un membre ou seulement à quelques muscles, comme aux paupières. Ces paralysies sont tantôt permanentes, tantôt elles sont passagères : elles cessent et reviennent irrégulièrement; elles alternent quelquefois avec de la contracture et avec des mouvements convulsifs. Enfin, il n'est pas rare de voir, dans un point du corps assez circonscrit, comme la face, quelques muscles, tels que ceux des paupières, être paralysés, tandis que tous les autres sont agités par des secousses convulsives. Chez les malades dont nous parlons, les évacuations alvines sont involontaires, et l'on observe souvent une rétention d'urine. Enfin, la sensibilité est obtuse ou même complétement abolie; le malade, insensible à tout ce qui l'entoure, ne paraît plus entendre ni voir. Quoique, dans un grand nombre de ces cas, les pupilles soient contractiles et régulières, cependant on les trouve communément très dilatées; fréquemment elles sont inégales entre elles et irrégulières. La figure, constamment pâle, exprime la stupeur, et on n'observe point ces alternatives de rougeur et de pâleur qui sont si communes dans la méningite tuberculeuse. Au milieu de ces graves symptômes, le pouls acquiert souvent une grande fréquence, et devient irrégulier, intermittent : cependant il arrive parfois que sa fréquence n'est pas plus grande qu'à l'état normal; il peut même se faire que le pouls batte avec plus de lenteur que de coutume : ce qui, d'après les faits analysés par M. Andral, serait même le cas plus commun. La chaleur du corps a souvent alors beaucoup diminué; à cette même époque, la respiration s'accélère et devient entrecoupée; enfin, la mort arrive tantôt lentement, quelquefois brusquement au milieu d'un accès convulsif. La durée de cette période varie entre un et cinq jours : il est rare qu'elle se prolonge davantage. En somme, la maladie offre une durée moyenne de un à deux septénaires, rarement elle dépasse vingt-cinq jours : il est également fort rare qu'elle se termine après trois ou quatre jours.

Variétés. — Tels sont les symptômes et la marche la plus ordinaire de la méningite : cependant la maladie ne se traduit pas toujours par les mêmes phénomènes morbides. Ceux-ci d'ailleurs ne se reproduisent pas constamment dans l'ordre de succession que nous avons indiqué : c'est ainsi que la céphalalgie et le délire peuvent manquer. La méningite peut débuter alors brusquement par des mouvements convulsifs épileptiformes qui se reproduisent à des intervalles rapprochés; ou bien la période d'excitation manquant même tout à fait, la maladie débute alors spontanément par la paralysie ou par un état comateux. Toutefois les faits de ce genre sont excessivement rares. Il n'est pas bien prouvé d'ailleurs que, dans ces cas, la période d'excitation ait complétement manqué; car il arrive quelquefois que celle-ci n'est caractérisée que par quelques phénomènes très fugaces, qui peuvent échapper à une observation superficielle. Il est, par contre, des individus qui ne dépassent point la première période, soit que la ma-

ladie se termine par résolution, soit, ce qui est plus commun, qu'elle ait une issue fâcheuse avant que les accidents de collapsus puissent se déclarer. Dans ce dernier cas, les malades meurent emportés communément par la violence du délire ou par des accidents convulsifs; la vie semble s'éteindre alors chez eux par suite de la superstimulation du cerveau.

Ces différentes modifications que la maladie présente sont le plus souvent indépendantes de l'âge des malades et du siége de l'affection; cependant il est incontestable que le délire manque plus rarement dans la méningite de la convexité des hémisphères que dans celle de la base, tandis que le coma survient plus fréquemment, du moins comme symptôme primitif, dans la seconde que dans la première, ou bien encore lorsqu'un épanchement se forme dans les ventricules.

D'après une note que M. Prus a communiquée aux auteurs du *Compendium de médecine*, la méningite chez les vieillards se présenterait rarement avec l'appareil symptomatique qu'on observe chez l'enfant ou chez l'adulte. Ainsi le matin ce qui frappe chez le vieillard, c'est la stupeur, une intelligence saine, mais lente, une langue sèche, une fièvre modérée et une céphalalgie générale. La chaleur du corps est presque naturelle, excepté au front, où elle est vive, mais le soir, elle s'élève; les yeux s'injectent; il y a un délire presque toujours tranquille, ne se trahissant que par l'incohérence des réponses que font les malades, parfois même ils répondent juste; mais il se livrent à des actions peu raisonnables; ainsi ils se lèvent sans cause, vont se coucher dans le lit d'un voisin, etc. Si la maladie n'est pas enrayée, les individus tombent dans la somnolence ou dans le coma, et ils meurent après un espace de temps qui varie entre cinq et vingt jours.

Guérison. — La méningite peut se terminer par la guérison : celle-ci est presque toujours complète, et arrive rapidement. Dans quelques cas, pourtant, le travail de résolution se fait lentement; les facultés intellectuelles restent pendant longtemps obtuses ou perverties; quelques malades conservent même pendant un temps plus ou moins long la perte d'un sens ou ont des paralysies bornées à un ou plusieurs muscles, etc. On ne voit presque jamais la maladie passer à l'état chronique.

Diagnostic. — La méningite simple offre de nombreux points de contact avec la méningite tuberculeuse : nous verrons plus tard, en parlant de cette dernière, qu'il est possible le plus souvent de les distinguer pendant la vie : cette connaissance importe d'ailleurs beaucoup pour le pronostic. En ayant égard aux symptômes d'excitation de la première période et à l'appareil fébrile qui les accompagne, il sera toujours facile de distinguer la méningite des congestions et des hémorrhagies cérébrales. C'est encore à l'aide de ces mêmes caractères qu'on établira le diagnostic différentiel de la méningite d'avec l'épilepsie et le tétanos : c'est ce que nous indiquerons d'ailleurs avec plus de détails en traitant de ces maladies. Je renvoie également aux articles *Manie*, *Délire aigu* et *Delirium tremens*, pour connaître les caractères qui distinguent ces affections de la méningite. Il ne faut jamais oublier que les signes prédominants de la méningite tels que

la céphalalgie, le délire, le coma, les convulsions, sont plus fréquemment des troubles sympathiques qu'ils ne se rattachent à une lésion des centres nerveux ; on devra donc, toutes les fois que ces accidents se développent, s'assurer, par l'étude des commémoratifs et par l'exploration attentive de tous les organes et de toutes les fonctions, qu'il n'existe nulle part de lésions capables d'expliquer les troubles cérébraux qu'on observe. Les fièvres éruptives, le travail de la dentition chez les enfants, la pneumonie chez les adultes, les fièvres puerpérales, la phlébite et les maladies par résorption, sont les affections qui excitent surtout le délire et la plupart des accidents qui marquent la première période de la méningite. Nous avons vu également que la fièvre typhoïde dans sa forme ataxique, pouvait simuler une phlegmasie des méninges, en raison du délire, puis du coma, de la contracture, des mouvements convulsifs et des soubresauts, qu'on observe si communément dans son cours. Cependant l'existence de la diarrhée, du météorisme, du gargouillement dans la fosse iliaque, le développement de la rate, le râle sibilant, l'éruption des taches lenticulaires et les sudamina permettront toujours de rapporter à leur cause réelle les troubles cérébraux qu'on observe. En supposant même que la plupart des symptômes qui précèdent manquent, on pourra encore, d'après la marche des accidents, reconnaître le véritable caractère de la maladie. Dans la fièvre typhoïde, en effet, les symptômes cérébraux (la céphalalgie exceptée) ne se montrent jamais dès le début ; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'ils apparaissent : le contraire a lieu dans la méningite. Il faudrait encore dans le doute rechercher si la proportion de fibrine est augmentée, ou si elle ne dépasse pas les limites de l'état physiologique. Enfin on pourrait confondre avec la méningite la fièvre pernicieuse délirante, convulsive, apoplectique, à cause des intermittences complètes, ou tout au moins des rémittences qu'on observe périodiquement, non seulement dans les symptômes cérébraux, mais encore dans la fièvre. Mais, dans la méningite, il y a une marche continue, du moins dans les symptômes fondamentaux ; et s'il y a de la rémittence quelquefois, ce n'est que dans quelques uns des accidents, spécialement dans le coma et les convulsions; mais l'appareil fébrile persiste presque toujours au même degré. M. Roger croit qu'on peut encore trouver dans la température du corps un élément précieux de diagnostic. Dans la méningite, en effet, on trouve une inconstance très grande dans les résultats thermométriques. Ainsi la température offre tantôt une élévation excessive, comme 42°,50 ; tantôt, vers le milieu de la maladie, elle descend à 35°. Ce contraste ne se rencontrerait, d'après M. Roger, que dans la méningite ; on ne le verrait dans aucune pyrexie ou inflammation, de sorte que, lorsqu'on le constate chez un malade qui offre des troubles cérébraux, on devrait presque à coup sûr diagnostiquer une phlegmasie méningée, soit simple, soit granulée. C'est là une opinion qui mérite d'être vérifiée par d'autres observateurs.

S'agit-il d'un vieillard qui présente des signes de délire, soit en parole, soit en action, avec une langue sèche et brune, avec une chaleur vive de la tête, sans qu'aucune lésion des organes thoraciques et abdominaux

explique cet état, il faudra surveiller le malade et se préoccuper de l'existence possible d'une méningite.

La méningite une fois reconnue, on peut aussi déterminer quelquefois son siége : c'est ainsi que la roideur des muscles de la partie postérieure du cou, produisant le renversement de la tête en arrière, le rapprochement des mâchoires et le resserrement du pharynx indiquent que la phlegmasie a probablement envahi les méninges qui recouvrent la partie inférieure des hémisphères cérébraux et la base du cervelet. On a dit aussi, mais avec moins de raison, que le strabisme avait la même valeur. On ne peut non plus rien conclure sur le siége de la méningite, d'après l'existence ou la prédominance du délire, du coma ou des convulsions. On a prétendu, il est vrai, que le premier caractérisait surtout la méningite de la convexité des hémisphères, et le second la méningite de la base ; mais des faits nombreux ont démontré que ces deux symptômes se montraient à peu près également, quel que fût le siége de la maladie. Quant aux convulsions, aux contractures, à la rigidité, il semble prouvé que ces accidents sont plus communs lorsque la méningite est générale que lorsqu'elle est limitée. Le coma n'est pas un signe certain d'épanchement, puisque nous avons vu qu'il pouvait survenir dès le début et résulter quelquefois d'une sorte de collapsus dans lequel le cerveau tombe après avoir été surexcité. L'hémiplégie qui survient dans le cours d'une méningite indique souvent que la phlegmasie n'occupe qu'un des hémisphères, ou que, si celle-ci est générale, la maladie prédomine probablement dans le côté opposé à la paralysie. Cependant il y a à ce sujet de trop nombreuses exceptions pour oser jamais affirmer dans un cas donné que les choses existent ainsi ; car nous avons eu de fréquentes occasions de nous convaincre que des hémiplégies plus ou moins complètes pouvaient exister, quoiqu'à l'autopsie on trouvât l'injection des méninges et l'épanchement du tissu sous-arachnoïdien aussi marqués d'un côté que de l'autre. Enfin, le trouble des organes des sens, spécialement celui des yeux, comme le strabisme, la contraction ou la dilatation des pupilles, leur inégalité ; enfin, les diverses altérations de la vision, non seulement n'appartiennent pas en propre à la méningite, mais ils ne sauraient ni caractériser une de ses périodes ni indiquer le siége spécial de la phlegmasie. En résumé, nous voyons qu'aucun des symptômes de la méningite, pris isolément, n'est pathognomonique ; que chacun d'eux peut manquer, et que nul d'entre eux ne saurait caractériser une forme spéciale de la maladie. On voit donc combien les symptômes de la méningite sont irréguliers quant à leur manifestation, à leur fréquence, à leur marche et à leur durée. Cette irrégularité s'explique lorsqu'on réfléchit que ces désordres fonctionnels sont bien moins l'effet de la phlegmasie des méninges que le résultat de l'impression que cette maladie produit sur le cerveau : or, on conçoit que cette impression doit être très différente suivant les individus et suivant aussi qu'il y a ou non complication d'encéphalite.

Il est inutile de dire qu'on ne peut déterminer pendant la vie si la phlegmasie prédomine dans la pie-mère ou dans l'arachnoïde, ou si elle

est bornée à l'une de ces membranes seulement. Il est également impossible d'affirmer si la méningite existe seule ou si elle se complique d'une inflammation des circonvolutions cérébrales (*méningo-céphalite*) ; car, dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont exactement les mêmes, et la maladie suit la même marche; c'est ce qui justifie jusqu'à un certain point les anciens médecins d'avoir confondu sous le titre de *phrenitis* l'inflammation des méninges et celle du cerveau. Il est également impossible de déterminer, même à l'inspection cadavérique, si l'inflammation a commencé par les méninges ou si elle ne les a envahies que consécutivement au cerveau. Nous croyons donc, d'accord avec M. Calmeil, que le mode de développement de la céphalo-méningite est encore inconnu, et que, hors les cas où la phlegmasie succède à une blessure, on n'est pas fondé à lui assigner d'une manière positive son point de départ.

Pronostic. — La méningite est une des maladies les plus graves ; il est difficile même de préciser le chiffre de sa mortalité. Nous croyons pourtant que la guérison n'a lieu qu'exceptionnellement, et nous pensons qu'on doit accepter avec une grande réserve les résultats des auteurs qui prétendent n'avoir perdu que la moitié ou le tiers de leurs malades ; car tout porte à penser qu'ils ont dû confondre avec des méningites certaines manies aiguës ou des délires purement sympathiques : erreur dont les hommes expérimentés ne sont pas toujours à l'abri, et qui sont journellement commises par les praticiens peu instruits. Un délire violent, avec une grande excitation générale, est une circonstance qui aggrave le pronostic ; il en est de même des mouvements convulsifs. Enfin le coma permanent qui survient consécutivement à la période d'excitation est l'indice presque certain d'une mort prochaine.

Étiologie. — La méningite simple est une maladie qu'on observe à tous les âges. Assez commune dans les deux premières années de la vie, elle diminue de fréquence de deux à quinze ans ; elle redevient plus commune après la puberté, et surtout dans la période comprise entre vingt et quarante. Les hommes en sont pour le moins deux ou trois fois plus souvent atteints que les femmes. Une constitution forte, un tempérament lymphatique, les professions pénibles qui exposent ceux qui les exercent aux intempéries, semblent être tout autant de causes prédisposantes de la méningite. Les causes efficientes les plus ordinaires sont les contusions du crâne, avec ou sans fractures, l'insolation, l'abus des boissons alcooliques, une violente secousse morale, une maladie aiguë ou chronique. Les affections dans le cours desquelles on voit survenir le plus fréquemment une méningite sont la pneumonie, la maladie de Bright, la péritonite, la pleurésie, l'érysipèle de la face, le rhumatisme articulaire aigu, la phthisie pulmonaire. A ce sujet, nous relèverons une étrange opinion professée par MM. Rilliet et Barthez, savoir : que toute méningite survenant chez un tuberculeux est nécessairement tuberculeuse, quand même la pie-mère ne contiendrait aucune granulation grise.

Traitement. — La gravité de la méningite et sa marche ordinairement rapide exigent l'emploi de moyens prompts et énergiques. Parmi eux, les

émissions sanguines tiennent le premier rang; elles seront pratiquées, quels que soient l'âge des sujets et la période à laquelle la maladie est parvenue, pourvu que l'état du pouls le permette ; c'est même d'après lui qu'on détermine le nombre de saignées à faire et la quantité de sang qu'on pourra retirer. Les saignées locales, consistant en une ou plusieurs applications de sangsues derrière les oreilles, devront être préférées, chez les enfants très jeunes, aux saignées générales, tandis que chez les sujets plus âgés, et chez les adultes surtout, il faudra recourir simultanément à la phlébotomie. La saignée sera faite au bras ; la saignée des veines du pied ou de la jugulaire, ou bien encore l'ouverture des artères temporales, que quelques personnes préfèrent, n'offrent aucun avantage, et entraînent souvent plusieurs inconvénients. Cependant, dans ces derniers temps, M. Delarroque affirme avoir obtenu de bons effets de l'artériotomie. Quant aux saignées locales, nous croyons que des sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes, en petit nombre, mais renouvelées au fur et à mesure qu'elles tombent, de manière à entretenir un écoulement de sang continu, auront plus d'efficacité que les scarifications à la nuque, et même que l'application d'un grand nombre de sangsues sur le crâne, préalablement rasé. L'expérience n'a pas encore prouvé qu'il soit préférable d'appliquer les sangsues aux veines ou le long des sutures, comme le veulent quelques médecins. Concurremment avec les émissions sanguines, on emploiera les révulsifs sur les extrémités inférieures (sinapismes, pédiluves, irritants, ventouses Junod) et sur le tube digestif, lorsqu'aucune complication n'en contre-indique l'emploi. On donnera la préférence aux huileux, aux purgatifs salins, et surtout au calomel. En même temps, on tâchera de diminuer l'afflux du sang vers le cerveau en tenant la tête très élevée, en la plaçant sur un oreiller de crin ou de balles d'avoine, en entretenant autour du malade une température fraîche; on a aussi conseillé la compression des carotides ; enfin, on fait des applications froides sur la tête. Les uns, après avoir coupé les cheveux très près de la peau, appliquent des compresses froides que l'on renouvelle fréquemment, ou bien on place sur le front une vessie contenant une certaine quantité de glace pilée. Enfin il en est qui préfèrent les affusions ou l'irrigation continue. M. Rilliet donne la préférence à ce dernier moyen. Quelle que soit la méthode qu'on suive, il importe de savoir que les applications froides ne conviennent qu'au début, pendant la période d'excitation ; qu'elles sont nuisibles lorsque le coma et la résolution surviennent. Quelques médecins, au nombre desquels on peut compter Romberg, proposent de remplacer les lotions froides par des applications chaudes. C'est ainsi qu'on entoure alors la tête de compresses trempées dans de l'eau ou dans une infusion de camomille chaude ; on en renouvelle l'application avant leur refroidissement. L'expérience n'a pas encore sanctionné chez nous cette méthode, qui mérite pourtant d'être expérimentée. Lorsque les accidents ataxiques continuent à s'accroître, on leur oppose les antispasmodiques ; mais leur utilité est très contestable. Le moyen qui nous paraît être alors le moins souvent inefficace consiste dans les affusions froides, données à la

température de 15 à 20°, pendant quelques secondes ou quelques minutes au plus. Enfin, lorsque la période d'excitation est remplacée par l'état comâteux ; lorsque tout indique une forte compression du cerveau, les émissions sanguines peuvent être encore employées, surtout si on les a négligées dès le début ; mais c'est alors qu'il faut recourir aux révulsifs puissants, tels que des vésicatoires aux extrémités et à la nuque ; on peut même, dans les cas où le péril est imminent, mettre un séton au cou ou bien raser le crâne, et le recouvrir d'un emplâtre épispastique. M. Delarroque a publié, dans le *Bulletin de Thérapeutique* de 1844, un petit travail pour prouver les bienfaits de cette méthode ; le vésicatoire à la tête n'est employé par cet habile praticien que lorsqu'il a retiré 130 à 200 grammes de sang par la section de l'artère temporale. Arrivé à la période dont nous parlons, on tâchera de modifier la nutrition en donnant les mercuriaux, tels que le calomel, qu'on administre à l'intérieur à doses fractionnées ; on fera aussi concurremment, avec l'onguent napolitain, des frictions aux tempes, sur le front ou derrière les oreilles. Il est inutile de dire que les boissons douces et qu'une diète absolue devront seconder l'action des moyens qui précèdent. Il faudra, pendant la convalescence, user des plus grands ménagements, et surveiller avec la plus grande sollicitude l'hygiène des malades.

DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

La méningite chronique simple, soit primitive, soit consécutive à la méningite aiguë, est excessivement rare, et il est impossible d'en tracer l'histoire anatomique et surtout symptomatique. Il faut bien se garder de prendre, comme on le fait trop souvent, pour des indices d'une phlegmasie chronique certaines opacités qui existent fréquemment sur l'arachnoïde viscérale, au voisinage de la grande scissure interlobaire. Ces plaques blanches ne sont pas produites, comme certaines taches du péricarde, par un dépôt de matière albumineuse ; mais elles sont le résultat d'une simple perversion de nutrition, indépendante de tout travail inflammatoire. On en trouve d'absolument semblables sur les autres séreuses viscérales.

La méningite chronique se rencontre presque toujours, comme complication, dans les lésions organiques du cerveau ; plus fréquemment encore, on l'observe chez les sujets en démence, et elle forme le caractère anatomique le plus fréquent qu'on rencontre dans la paralysie générale des aliénés. J'en parlerai avec quelques détails lorsque je traiterai de cette dernière affection.

DE LA MÉNINGITE RACHIDIENNE ET CÉRÉBRO-SPINALE.

L'arachnoïde et la pie-mère rachidiennes peuvent s'enflammer isolément ; mais le plus souvent, c'est-à-dire 18 fois sur 20, d'après M. Calmeil, ces membranes sont affectées simultanément avec celle du cerveau :

voilà pourquoi la maladie mérite, dans la plupart des cas, le nom de méningite *cérébro-spinale*.

Historique. — Cette affection, signalée vaguement par les anciens, qui paraissent l'avoir vue régner plusieurs fois épidémiquement, n'est connue que depuis les travaux des auteurs modernes, surtout depuis les recherches d'Ollivier (d'Angers) et de M. Calmeil. Ayant acquis, dans ces derniers temps, une fréquence inusitée, spécialement parmi les soldats, elle a été étudiée avec beaucoup de soin par MM. Lamothe et Lespes (1), Faure-Villar (2), Chauffard (3), Forget (4), Rollet (5), etc.; mais le travail le plus complet, le plus remarquable que nous ayons, est sans contredit la relation qu'a publiée le professeur G. Tourdes, sur une épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Strasbourg de 1840 à 1841. Le travail de ce médecin distingué, rédigé dans un excellent esprit, est d'un grand intérêt, et peut être cité comme un modèle de description.

Anatomie pathologique. — Les caractères anatomiques de la méningite rachidienne ne diffèrent guère de ceux de la méningite cérébrale : ainsi on retrouve la même injection de la pie-mère et les mêmes produits de sécrétion albumineuse ou purulente. Ceux-ci ne sont presque jamais épanchés dans la cavité de l'arachnoïde, mais ils infiltrent le tissu cellulaire subjacent, où ils forment une couche jaunâtre d'aspect couenneux, existant à peu près uniformément sur une étendue plus ou moins considérable; ils offrent toujours plus d'épaisseur à la face postérieure de la moelle qu'antérieurement, où le plus souvent même ils manquent complétement. La moelle épinière a ordinairement sa consistance normale; parfois elle paraît même plus ferme; enfin dans quelques cas elle est assez ramollie à sa surface pour qu'en la séparant des méninges celles-ci en entraînent de petits fragments.

La méningite spinale est plus fréquente à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire; elle peut être circonscrite à un espace très limité : c'est ce qui a lieu particulièrement lorsque la phlegmasie est consécutive à une altération des vertèbres; ce n'est guère que dans ces cas qu'elle existe à l'état chronique. On trouve alors une adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde, ou bien son feuillet viscéral, opaque, semble épaissi; cependant un examen attentif démontre que cet épaississement dépend du tissu cellulaire subjacent, et que le feuillet arachnoïdien y est complétement étranger. Enfin, on trouve quelquefois aussi des adhérences morbides entre l'arachnoïde et la pie-mère ou bien entre celle-ci et la surface de la moelle. Quelques personnes ont encore voulu regarder comme résultant d'une phlegmasie chronique la présence des lamelles cartilagineuses qui hérissent quelquefois la face interne du canal rachidien; mais aucun fait ne justifie une pareille supposition.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de l'inflammation de l'arachnoïde et

(1) *Gazette médicale*, 1838. (2) *Journal de médecine, de chirurgie et de pharm. militaire*, t. XLVIII. (3) *Revue médicale* de 1842. (4) *Gaz. médicale* de 1842. (5) *Mémoires de l'Acad. nationale de médecine*, t. X.

de la pie-mère ; la dure-mère pourtant peut ,dans quelques cas rares, participer à l'inflammation ; mais cela n'a guère lieu que lorsque la phlegmasie est consécutive à une altération des os. Cependant on lit dans la *Gazette médicale de* 1833, un travail du docteur Albers de Bonn, qui semble établir la possibilité de l'inflammation *primitive* de la dure-mère. Cette membrane, opaque, épaissie, avait acquis alors une coloration d'un rouge de cinabre, qui a résisté à la macération pendant deux jours.

Symptômes, *marche*. — La méningite spinale peut avoir une invasion brusque, foudroyante : c'est ce que M. Tourdes a constaté plusieurs fois pendant l'épidémie de Strasbourg, où l'on vit des hommes pleins de force et de santé passer sans transition à un état des plus graves, et succomber en quelques heures, avant même que les lésions caractéristiques aient eu le temps de se développer. Le plus souvent pourtant on note des prodromes, tels que frissons, céphalalgie, douleurs des membres, dysurie, rétention d'urine, nausées, vomissements. Dans presque tous les cas, en raison de la coïncidence d'une méningite intra-crânienne, on voit les symptômes de la méningite spinale être masqués au début par des troubles cérébraux : ceux-ci pourtant peuvent être consécutifs. Quoi qu'il en soit, dans la méningite spinale, les malades éprouvent une douleur plus ou moins vive, parfois sourde, obtuse, quelquefois violente, déchirante, dans le dos (rachialgie). Presque toujours circonscrite aux régions lombaire, dorsale, et surtout cervicale, elle s'irradie parfois vers les membres, augmentant par les mouvements musculaires et souvent par la pression. En même temps les muscles de la partie postérieure du tronc sont pris de contraction convulsive ; celle-ci varie depuis la simple rigidité jusqu'à une contracture telle que la tête et le tronc sont fortement renversés en arrière, comme dans l'opisthotonos. Cette contraction tétanique peut être permanente ; le plus souvent pourtant elle présente des rémissions plus ou moins complètes, et elle se renouvelle, soit spontanément, soit à l'occasion des mouvements qu'on imprime aux malades. Une contracture analogue peut affecter divers autres muscles du corps : ainsi il y a quelquefois du trismus, de la roideur dans les muscles des avant-bras et des mollets ; mais rarement il existe des secousses convulsives épileptiformes, excepté pourtant dans les muscles de la face. Les membres supérieurs et inférieurs peuvent souvent exécuter avec précision leurs mouvements habituels ; cependant ils sont ordinairement plus faibles ; souvent aussi ces parties sont le siége de crampes, tandis que la peau présente une exaltation de sensibilité telle, que la moindre pression exercée sur elle ou le plus léger mouvement imprimé arrache des cris aux malades. Cette exaltation se remarque surtout aux membres. En même temps la respiration s'accélère et devient difficile ; le pouls est fréquent, fébrile ; la peau est chaude et baignée de sueurs ; il y a de la constipation, et l'urine s'échappe involontairement, ou bien elle est retenue dans la vessie par suite de la paralysie de cet organe. Enfin on constate presque toujours divers accidents qui dépendent de la coïncidence d'une méningite cérébrale : ce sont surtout la céphalalgie, le délire ou le coma, et le strabisme.

En résumé, la méningite spinale est essentiellement caractérisée par la douleur rachidienne, par la roideur tétanique et par l'exaltation de la sensibilité générale. Ces divers accidents offrent souvent des rémissions et même des intermittences complètes ; mais il est rare que l'appareil fébrile suive les mêmes variations ; du moins il ne cesse jamais complétement, comme les troubles cérébraux peuvent le faire. Cependant, au bout de quelque temps, les accidents ne présentent plus de rémission ; ils s'aggravent sans cesse ; enfin la mort survient au milieu de symptômes convulsifs épileptiformes, ou bien par suite de la gêne croissante de la respiration, et dans un état d'asphyxie lente. En général, la roideur et les contractures persistent jusqu'aux derniers moments; dans quelques cas, assez rares pourtant, on observe dans les derniers jours un état de résolution ou de paralysie.

Terminaisons, durée. — La mort est la terminaison la plus ordinaire de la méningite spinale ; quelques jours, ou même quelques heures, suffisent pour emporter les malades ; mais on peut, avec M. Calmeil, évaluer à dix jours la durée moyenne de la maladie. Lorsque sa marche est rémittente, elle se prolonge parfois jusqu'au deuxième ou troisième septénaire, et même beaucoup au-delà ; on en a vu qui ne succombaient qu'au quarantième ou cinquantième jour, après avoir eu des escarres au sacrum et être tombés dans le marasme (Tourdes, Chauffard). L'épanchement intra-rachidien est-il susceptible de s'ouvrir une issue au dehors? Quelques faits semblent prouver cette possibilité. M. Champion, de Bar-le-Duc, a vu, par exemple, un épanchement purulent formé dans les membranes se faire jour entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire dans les muscles spinaux et y former un foyer. On conçoit que dans ces cas la paralysie pourrait être moindre en raison d'une diminution dans la compression de la moelle : cependant jusqu'à présent aucun malade n'a guéri de cette manière. Ceux, en fort petit nombre, chez lesquels la maladie a eu une heureuse issue sont revenus lentement à la santé, et ont présenté souvent une maigreur et un affaiblissement extrêmes. On ne sait rien sur la forme chronique de la méningite rachidienne.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile ; nous dirons plus tard comment on pourra distinguer la méningite spinale d'avec la myélite et d'avec le tétanos, qui, de toutes les affections, sont les seules avec lesquelles on pourrait la confondre. (Voir en outre ce que nous avons dit plus haut du diagnostic de la méningite crânienne.)

A l'exemple de M. Albers, je ne rechercherai pas s'il y a des caractères distinctifs entre l'inflammation de la dure-mère rachidienne et celle des autres enveloppes de la moelle ; car l'étude attentive des deux faits réunis par le professeur de Bonn prouve, au contraire, contre son opinion, que l'inflammation de toutes ces membranes si intimement unies entre elles se révèle par des symptômes semblables, et rien, comme le dit Ollivier, ne justifie le diagnostic différentiel que M. Albers a cherché à établir.

Pronostic. — Le pronostic est des plus graves. Dans l'épidémie de

Strasbourg, la mortalité a été, dit-on, de 60 pour 100, et même de 70 ou 80, en ne comprenant que les cas graves.

Étiologie. — La méningite spinale est trois ou quatre fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Plus commune depuis la puberté jusqu'à trente ans, elle a, d'après M. Calmeil, son maximum de fréquence entre vingt-huit et trente. La maladie a quelquefois été le résultat de l'impression du froid, plus souvent elle a succédé à une contusion du rachis, ou à des efforts pour soulever ou pour porter de lourds fardeaux. Cependant, dans la grande majorité des cas, la méningite spinale semble être tout à fait spontanée. Plusieurs fois elle a sévi épidémiquement : c'est ce qu'on a surtout constaté depuis quelques années. Ainsi on l'a vue régner en 1837 dans les Landes (Lamothe et Lespes), en 1839 à Versailles (Faure-Villar), puis à Avignon (Chauffard), à Metz (Gasté), à Strasbourg (Tourdes, Forget), à Nantes (Mahot), etc. Dans toutes ces localités, elle a sévi spécialement sur la garnison. Ses causes sont assez obscures ; toutefois il paraît prouvé que dans plusieurs endroits, et surtout à Strasbourg, son développement a été favorisé par l'encombrement des casernes.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'emploi des saignées générales, auxquelles on associera les saignées locales faites à l'aide de sangsues, et surtout de ventouses, qu'on appliquera en grand nombre tout le long du rachis. Les malades seront plongés dans un bain tiède un peu prolongé, pendant lequel on fera quelques affusions froides. Enfin, lorsque l'état du pouls ne permettra plus de recourir aux émissions sanguines, on promènera le long du rachis des vésicatoires volants, et on tâchera de favoriser l'absorption des liquides épanchés à l'aide des mercuriaux, administrés comme dans la méningite cérébrale. Quelques auteurs ont encore eu recours, contre la méningite cérébro-rachidienne, à l'usage de l'opium. Ce médicament, employé, en effet, par M. Chauffard à Avignon, et par les professeurs Tourdes et Forget à Strasbourg, paraît avoir été utile plusieurs fois. On a conseillé de le donner dès le début associé ou non aux émissions sanguines, et d'en porter la dose à 30, 40 et 60 centigrammes et plus par jour. Les résultats obtenus jusqu'à présent autorisent à essayer ce remède. Enfin M. Rollet, se loue de l'emploi d'un traitement révulsif des plus énergiques : ainsi, après avoir largement saigné et appliqué nombre de sangsues et de ventouses de la nuque au sacrum, il fait, à la période du collapsus, avec le cautère actuel rougi à blanc, six à huit escarres de 1 millimètre de diamètre dans les gouttières vertébrales, en même temps qu'il couvre les membres de sinapismes et de larges vésicatoires ammoniacaux. Le péril imminent des malades, l'inutilité des autres moyens pourraient seuls justifier un traitement aussi violent.

DE L'ENCÉPHALITE.

Quoique le mot encéphale serve à désigner toute la masse nerveuse qui est logée dans le crâne, l'usage néanmoins a consacré l'expression d'*encéphalite* pour caractériser seulement l'inflammation qui envahit le cerveau.

le cervelet et la protubérance. La phlegmasie de la moelle allongée ne pouvant être séparée de celle qui occupe les parties inférieures de ce cordon nerveux, nous en traiterons à l'article *Myélite.*

Divisions. — L'histoire de l'encéphalite est difficile à tracer, puisque, sous ce nom, on a confondu les maladies les plus diverses, depuis l'injection et l'apoplexie capillaire jusqu'aux transformations et dégénérescences organiques. Cependant, depuis quelques années, on a fait de louables efforts pour mettre fin à une confusion aussi déplorable : aussi la science doit-elle beaucoup, sous ce rapport, à MM. Andral, Calmeil, Rostan, Durand-Fardel et Abercrombie. On trouvera aussi des renseignements très utiles dans les lettres de M. le professeur Lallemand.

L'encéphalite est distinguée d'après sa marche en *aiguë* et en *chronique*, d'après son siége en *diffuse* et en *partielle* ou *locale* , suivant qu'elle s'étend superficiellement sur une grande surface ou qu'elle occupe un point circonscrit. Il a déjà été question de la première espèce à l'occasion de la méningite, avec laquelle elle coexiste presque toujours, et dont on ne peut la distinguer pendant la vie. Enfin , suivant que l'inflammation occupe le cerveau , le cervelet ou le mésocéphale , la maladie est désignée sous les noms de *cérébrite* , de *cérébellite* et de *mésocéphalite.*

Anatomie pathologique. — Dans un premier degré de l'inflammation, la pulpe cérébrale présente dans une étendue plus ou moins considérable un piqueté rouge très fin ; il semble alors que le sang pénètre un plus grand nombre de vaisseaux capillaires. Quelquefois, au lieu de ce piqueté fin, ou bien à une période un peu plus avancée de la maladie, on constate une altération plus ou moins uniforme, s'étendant parfois dans les parties saines circonvoisines; la teinte, généralement plus foncée dans la substance grise que dans la substance médullaire, varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge livide ou cramoisi. Il est rare alors que la portion du cerveau malade n'ait pas subi quelque changement dans sa nutrition. Ainsi cette partie semble généralement gonflée et augmentée de volume ; c'est ce qui est prouvé d'ailleurs par l'aplatissement des circonvolutions correspondantes. En même temps la pulpe nerveuse semble plus consistante et plus friable, ou bien elle est manifestement ramollie. Souvent à cette même période le sang, s'étant échappé des vaisseaux, a produit de petites ecchymoses, ou bien, infiltré seulement dans la pulpe nerveuse, il se combine intimement avec elle ; parfois enfin il forme de très petits caillots apoplectiques disséminés çà et là; dans ce dernier cas, M. Cruveilhier dit qu'il existe une *apoplexie capillaire.* Cette expression dépeint très bien l'état anatomique dont nous parlons : cependant elle a l'inconvénient d'assimiler une certaine période de l'encéphalite avec l'hémorrhagie cérébrale, qui, comme nous le verrons plus tard, est une maladie essentiellement distincte de celle que nous décrivons actuellement. Mais est-ce à dire pourtant qu'on ne doive pas admettre une apoplexie capillaire indépendante de tout travail inflammatoire, et qui serait pour les capillaires ce qu'est l'apoplexie proprement dite pour les vaisseaux plus volumineux? Cette question me paraît insoluble dans l'état actuel de la science.

En résumé, la première période de l'encéphalite est caractérisée par l'injection, par la coloration rouge, l'induration, la friabilité, ou bien par un ramollissement plus ou moins considérable de la pulpe nerveuse. Cette dernière lésion est la plus fréquente.

Le degré du ramollissement varie depuis une simple diminution de consistance jusqu'à l'état où la pulpe cérébrale est convertie en une bouillie peu épaisse, homogène, qu'on entraîne facilement sous un filet d'eau. Sa coloration est non moins variable; l'intensité de la couleur rouge ou noire est en rapport avec la quantité de sang qui infiltre le tissu, et avec son degré de combinaison plus ou moins intime. La plupart des médecins regardent cette coloration rouge comme étant nécessaire pour caractériser le ramollissement inflammatoire du cerveau. Ils contestent, en effet, la même origine à tous ceux qui ont lieu sans modification dans la coloration normale, et à plus forte raison à ceux qui s'accompagnent d'une décoloration du tissu altéré, à moins pourtant qu'il ne soit prouvé que la blancheur du ramollissement est produite par la présence du pus. Cette question, qui a été agitée et résolue différemment par les hommes les plus éminents de ce siècle, est un des points les plus obscurs de l'anatomie pathologique, et qui ne nous paraît pas encore susceptible d'une solution satisfaisante. Il est incontestable que presque tous les ramollissements inflammatoires du cerveau offrent une coloration rouge ou violacée, parfois jaunâtre; cependant ne peut-il pas se faire qu'un ramollissement atonique soit ensuite coloré par un afflux de sang qui a lieu consécutivement? D'autre part, on rencontre assez fréquemment dans la pratique des individus qui succombent rapidement avec des accidents cérébraux et avec les symptômes d'une vive réaction inflammatoire, et à l'autopsie desquels on ne trouve d'autre altération pour expliquer les uns et les autres qu'un ramollissement blanc, pulpeux, du cerveau, sans qu'on puisse rapporter cette coloration à la présence du pus. Ici l'état anatomique est en désaccord avec l'expression symptomatique. Mais de ce qu'il y a eu de la fièvre et l'appareil des maladies phlogistiques, on ne saurait en conclure rigoureusement que le ramollissement est de nature inflammatoire, puisqu'il est prouvé aujourd'hui qu'il existe une foule de lésions ou de troubles fonctionnels indépendants de tout travail inflammatoire, qui excitent néanmoins la fièvre au même degré que ceux qui ne reconnaissent pas d'autre origine. Nous reviendrons encore sur ce même sujet lorsque nous traiterons du ramollissement simple du cerveau.

La troisième période de l'encéphalite est marquée par la formation du pus, qui tantôt est infiltré dans la pulpe cérébrale et tantôt réuni en collections plus ou moins grandes. Lorsque du pus se forme dans le tissu cérébral ramolli, on voit la coloration rouge s'affaiblir et être remplacée peu à peu par une teinte d'un blanc opaque, sale, jaune ou verdâtre, suivant la couleur du pus. Comme l'observe M. Lallemand, la décoloration est surtout remarquable dans la substance grise, qui, dans la période précédente, présentait communément une teinte plus foncée que celle de la substance médullaire; cette teinte finit par se confondre avec celle de la

substance blanche en une couleur uniforme ou présentant des nuances qui varient depuis le blanc sale jusqu'au vert. Cependant doit-on attribuer à une infiltration purulente tous les ramollissements blancs, crémeux, et même ceux dans lesquels la substance blanche est plus pâle qu'à l'état normal ? M. Lallemand a soutenu cette opinion avec un admirable talent : cependant il a été forcé de convenir que souvent l'inspection des parties ne révélait point manifestement la présence du pus, et que l'existence de ce produit ne pouvait alors être admise que par analogie. Nous croyons pourtant que rien ici ne saurait remplacer la démonstration, et du moment que la suppuration ne se révèle pas à nous d'une manière manifeste, il faut sinon contester absolument la nature inflammmatoire du ramollissement, du moins n'émettre à ce sujet qu'une opinion très dubitative, lors même que les accidents observés pendant la vie sembleraient confirmer cette supposition. D'ailleurs il n'est pas naturel de croire que du pus infiltre un ramollissement parfaitement blanc, à moins de supposer qu'une matière colorée, comme l'est ce liquide, puisse se mêler à un corps blanchâtre sans en modifier la teinte.

Cependant, si du pus existe, il finit tôt ou tard, lorsque la vie se prolonge suffisamment, par se réunir en un ou plusieurs foyers, qui peuvent avoir le volume d'un pois, d'une noix, d'un œuf et plus; car il en est qui occupent tout un lobe, et même la plus grande partie d'un hémisphère. Le pus baigne tantôt directement la substance du cerveau, tantôt il est enkysté. Si l'abcès est très superficiellement placé, les circonvolutions sont aplaties, et souvent le cerveau présente dans ce point une coloration verdâtre, jaune ou d'un blanc opaque. En pressant à ce niveau, on sent manifestement de la fluctuation. Si on incise sur ce point, on voit s'écouler un pus presque toujours inodore et d'un blanc crémeux, quelquefois jaune, verdâtre et floconneux. Si le foyer est récent, ses parois sont anfractueuses et inégales, ramollies, infiltrées de pus; si, au contraire, l'altération remonte déjà à une époque éloignée, la cavité est tapissée par une fausse membrane tomenteuse, ayant quelque analogie avec le tissu muqueux : on peut quelquefois la diviser en plusieurs feuillets superposés. Ce kyste se forme plus ou moins rapidement. Abercrombie l'a vu déjà bien formé dès le douzième jour; mais, dans la plupart des cas, il n'est organisé qu'au bout d'un mois. Il existe d'ailleurs, à ce sujet, une foule de variétés dont il est presque toujours impossible de déterminer la cause. La substance cérébrale qui entoure l'abcès est tantôt un peu injectée, tantôt elle a une teinte jaunâtre, verdâtre; sa consistance est parfois diminuée, mais le plus souvent elle est devenue plus considérable. Enfin, ces abcès coïncident fréquemment avec diverses lésions, dont les unes sont primitives et les autres consécutives. Ce sont surtout des altérations dans les os du crâne, particulièrement la carie du rocher; celle-ci coexiste fréquemment avec un abcès du lobe moyen, lequel communique quelquefois avec l'oreille interne (Morgagni, Itard, Lallemand, etc.), et devient ainsi une des sources du pus dans l'otorrhée purulente.

Enfin, on a cité la gangrène comme pouvant être produite par l'encé-

phalite : cependant cet accident est fort rare. Quoique les caractères du sphacèle du cerveau ne soient pas encore suffisamment connus, on devra, néanmoins, croire à l'existence d'une gangrène, lorsque la substance nerveuse, d'un brun noirâtre, se séparera par fragments ou sous forme de détritus, lors même qu'elle n'exhalerait encore aucune odeur putride.

Les lésions qui caractérisent l'encéphalite aiguë sont plus fréquentes dans le cerveau que dans le cervelet, et c'est à peine si jusqu'à présent on en a observé quelques exemples dans la protubérance. Depuis MM. Lallemand et Cruveilhier on a prétendu que le ramollissement inflammatoire était surtout commun dans les parties les plus vasculaires, c'est-à-dire dans la couche corticale ou dans les parties qui renferment le plus de substance grise. Cependant quelques relevés contradictoires, mais ne s'appuyant encore que sur un nombre de faits bien insuffisant, doivent faire élever quelques doutes sur l'exactitude de cette proposition. Quant aux collections purulentes, on les rencontre surtout au centre des hémisphères ou dans les lobes moyens, et tout porte à croire, d'après leur siége, qu'ils se sont d'abord formés dans la substance médullaire.

Lésions qu'on a regardées comme caractérisant l'inflammation chronique du cerveau ; quelles sont celles qui peuvent succéder à l'encéphalite? — Parmi les lésions que nous venons d'étudier, il en est deux qu'on rencontre aussi à l'état chronique : ce sont le ramollissement blanc par infiltration purulente et les abcès ; ces derniers sont alors toujours enkystés. Mais il est d'autres lésions qu'on a aussi regardées comme spéciales à l'état chronique ; ce sont les ulcérations et différentes espèces d'induration. L'ulcération de la substance cérébrale, qui peut se former d'une manière aiguë, est une altération fort rare, sur laquelle nous ne possédons encore que des renseignements fort incomplets. Elle est caractérisée par une destruction plus ou moins étendue de la substance cérébrale et de la portion correspondante de la pie-mère et de l'arachnoïde. L'ulcération est tantôt recouverte d'une exsudation albumineuse sanguine, ou baignée par une matière pulpeuse, grisâtre ; enfin d'autres fois la surface est détergée, tapissée par une membrane celluleuse, et, à une époque un peu plus avancée, par une membrane épaisse, dure, cartilagineuse ou même cornée, ce qui constitue une véritable cicatrice. L'ulcération se fait toujours lentement, et envahit successivement des parties qui tantôt sont saines, mais qui, le plus souvent, sont le siége d'un ramollissement avec injection ou infiltration purulente, et d'une induration.

L'induration simple du cerveau, c'est-à-dire celle dans laquelle le tissu de l'organe offre partiellement, ou dans toute son étendue, la consistance qu'elle acquiert lorsqu'on la fait macérer dans l'acide nitrique affaibli, a été regardée comme un caractère anatomique certain de l'encéphalite chronique : cependant il est impossible d'émettre sur la nature de cette altération aucune opinion plausible. Si même on réfléchit que cette induration a presque toujours lieu sans injection des tissus, qu'elle occupe le plus souvent toute la masse encéphalique, qu'on ne retrouve point ordinairement ces colorations ardoisées, bleuâtres, qui, pour la plupart des tissus, sont

des vestiges de congestions ou de phlegmasies anciennes, on devra supposer que l'inflammation est étrangère à sa production, et qu'elle se manifeste sous l'influence d'une de ces perversions de nutrition dont nous observons de si fréquents exemples dans l'économie. Ce que nous disons ici de l'induration simple, générale, s'applique également à la plupart de ces indurations locales, qui s'accompagnent en outre d'une transformation fibreuse, fibro-cartilagineuse ou osseuse des tissus. Nul doute que ces différents produits ne surviennent le plus souvent sans le concours d'aucun travail inflammatoire, mais quelquefois aussi une encéphalite circonscrite en est le point de départ. Lorsqu'en effet la destruction du cerveau s'arrête dans sa marche, une partie des liquides infiltrés et des tissus altérés est résorbée; l'autre portion se concrète, durcit, et forme une cicatrice dont l'aspect et la composition varient suivant les produits morbides aux dépens desquels elle est constituée, et suivant l'époque à laquelle on l'examine; c'est ainsi que, d'abord blanchâtre et albumineuse, elle durcit et peut devenir plus tard fibro-cartilagineuse et même osseuse. Ces sortes de cicatrices sont situées dans la profondeur de l'organe ou à sa superficie; elles peuvent produire tous les accidents primitifs et consécutifs qui accompagnent la plupart des produits accidentels qui se forment dans le cerveau; mais il n'est nullement démontré, comme le prétend Abercrombie, qu'une portion du cerveau venant à être frappée d'induration à la suite d'un travail inflammatoire, puisse plus tard s'isoler à l'aide d'un kyste, pour former une de ces tumeurs si communes dans l'encéphale, et qui sont réellement constituées par quelques produits accidentels.

Symptômes, marche. — L'encéphalite partielle, la seule dont nous devions traiter ici, peut débuter brusquement par des secousses convulsives ou par une roideur tétanique, bornée à un membre, ou à une moitié du corps, occupant simultanément la face et les membres : cependant, dans la plupart des cas, la maladie est précédée par quelques symptômes de congestion cérébrale. Ainsi le plus grand nombre des malades accusent pendant un ou plusieurs jours une céphalalgie partielle ou générale, ou bien une simple pesanteur de tête, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles; ils sont agités ou abattus; il y a de la somnolence chez les uns, et une insomnie opiniâtre chez d'autres. Quelques uns éprouvent des crampes, des roideurs ou des fourmillements bornés à un membre, à une moitié de corps, ou occupant tous les membres; il y a aussi parfois embarras momentané de la parole. Cependant bientôt les facultés intellectuelles s'affectent; il y a un délire vague, loquace, ou une obtusion des idées, ou bien un état semi-comateux, et un affaiblissement de la mémoire; souvent il y a du strabisme; la figure est animée, et les yeux sont injectés. Vers la même époque, les membres d'une moitié du corps, et c'est là un des premiers symptômes, deviennent le siége de roideur et de contractures; les mâchoires sont serrées, la sensibilité est obtuse, quelquefois elle est exaltée; enfin ces parties peuvent être agitées de temps en temps par des secousses convulsives, auxquelles succède bientôt une paralysie plus ou moins complète du sentiment et du mouvement. Au milieu

de ces désordres, le pouls peut rester assez calme ; dans la plupart des cas, cependant, il s'accélère, il est vif, la chaleur de la peau s'élève, et, comme nous l'avons vu pour la méningite, mais un peu moins fréquemment que dans cette dernière, on observe des nausées, des vomissements et de la constipation. Tel est l'ensemble des symptômes qu'on note dans cet état de la maladie qu'on peut nommer sa première période. Les symptômes ultérieurs varient ensuite beaucoup suivant la marche que l'affection suit.

Dans la plupart des cas, les symptômes d'excitation, tels que les contractures, les mouvements convulsifs et l'exaltation de la sensibilité, diminuent ou cessent, et sont remplacés par la paralysie du sentiment et du mouvement. Cette dernière peut être permanente ou bien alterner avec la roideur et les mouvements convulsifs. Quelquefois ces phénomènes opposés se remarquent simultanément ; c'est ainsi que la jambe peut être dans la résolution, tandis que le bras est contracturé, et réciproquement. Les symptômes paralytiques coïncident ordinairement avec l'affaissement des facultés intellectuelles : ainsi le coma est de plus en plus profond, les pupilles sont dilatées, le malade est étranger à tout ce qui l'entoure, la déglutition est difficile, les évacuations sont involontaires ou bien l'urine est retenue dans la vessie. Enfin, la respiration s'accélère et la mort survient lentement, ou bien la vie se termine brusquement au milieu d'un accès convulsif. Ce mode de terminaison est plus commun dans la période spasmodique de la maladie, et, dans ce cas, la mort arrive avant qu'aucun symptôme de paralysie ait été observé. Enfin, l'encéphalite accompagnée d'une collection de pus, peut avoir une issue funeste sans que son existence ait été révélée pendant la vie par de la contracture ou par des convulsions; l'intelligence s'est seulement affaiblie, et les malades, dans les vingt-quatre ou trente-six dernières heures de la vie, sont tombés dans le coma et dans un état de résolution générale. On dirait, dans ce cas, que le cerveau est resté étranger à la formation du pus, que ce liquide a été seulement déposé dans l'organe, et qu'à la manière de tous les corps étrangers, il n'a agi sur la pulpe nerveuse que par son volume ou par les lésions consécutives (ramollissement, hémorrhagie, méningite) qu'il a développées, et qui expliquent souvent à elles seules les symptômes des derniers moments.

Ainsi l'encéphalite n'est pas une de ces maladies dont la marche soit franche et régulière. Les alternatives de délire et de coma, de paralysie et de contracture, le retour à l'intelligence, ont fait dire depuis longtemps que l'encéphalite présentait des caractères pernicieux ou ataxiques. Ces rémittences peuvent se remarquer à toutes les époques de la maladie, même à la dernière période, lorsque, par exemple, un vaste abcès remplit tout un lobe. Cette irrégularité des symptômes est difficile à expliquer ; on peut néanmoins s'en rendre compte jusqu'à un certain point, en supposant qu'indépendamment de la lésion permanente (ramollissement, abcès), et autour d'elle, il se forme une congestion plus ou moins forte, qui détermine des symptômes cérébraux proportionnés aux variations qu'elle subit. La maladie suit la même marche, et les symptômes se développent à peu

près dans le même ordre de succession dans l'encéphalite spontanée que dans celle qui est traumatique. Des faits nombreux ont aujourd'hui mis hors de doute qu'on ne pouvait se fonder sur aucun des symptômes de la maladie ou sur la prédominance d'aucun d'eux pour localiser l'altération dans telle ou telle partie du cerveau. Enfin, aucun accident particulier ne peut faire distinguer les cas dans lesquels le cerveau est seulement injecté et ramolli de ceux dans lesquels du pus est déjà infiltré ou bien réuni en foyer. Les abcès du cerveau ont surtout une marche des plus insidieuses ; la plupart se forment à notre insu, ou du moins ne sont précédés que des accidents qui annoncent une simple congestion ou une phlegmasie circonscrite.

Quelles que soient la forme et la période de la maladie, personne en France n'a observé, ni dans l'encéphalite ni dans la méningite, ce bruit de souffle, isochrone aux battements artériels, qui, au rapport du docteur Fischer, de Boston, serait appréciable en appliquant l'oreille sur le crâne, surtout au-dessus de l'extrémité antérieure de la suture sagittale, et qui dépendrait de la compression que le cerveau augmenté de volume ou qu'un épanchement intra-crânien exercerait sur les vaisseaux artériels.

Durée, terminaisons. — La plupart des malades atteints d'encéphalite aiguë succombent dans le cours du premier ou du second septénaire. Cependant, chez quelques uns, l'affection suit une marche beaucoup plus lente : dans ces cas, l'intelligence se conserve pendant longtemps ; les phénomènes spasmodiques manquent rarement, mais ils sont souvent peu marqués ; tandis que la paralysie, quoique lente dans sa marche, existe presque dès le début, et finit par prédominer. En général, dans la cérébrite chronique, telle que celle qui est anatomiquement caractérisée par un abcès enkysté, on observe à peu près les mêmes symptômes que dans l'état aigu, et ceux-ci se succèdent peu à peu dans le même ordre : seulement leur intensité est moins considérable, leur marche est plus lente, puisqu'il n'est pas rare que la maladie ne se termine qu'au bout de quatre ou cinq mois seulement, et parfois plus tard encore. Dans ces cas, la mort survient, tantôt par suite du progrès naturel de l'affection, tantôt par l'effet des maladies consécutives. D'ailleurs c'est surtout dans l'encéphalite chronique qu'on observe ces variations, ces irrégularités de marche que nous avons précédemment signalées pour l'état aigu. Comme M. Lallemand l'a remarqué avec raison, cette irrégularité dans les symptômes s'explique par une succession non interrompue et variable de méningites, d'encéphalites et de congestions, qui se répètent à des époques plus ou moins éloignées, et sont séparées par des améliorations si prononcées qu'on les prend souvent pour des guérisons véritables. Enfin, l'encéphalite chronique ne diffère point, par ses symptômes et par sa marche, des autres lésions organiques du cerveau.

Jusqu'à présent nous avons parlé de l'encéphalite comme d'une maladie dont l'issue est toujours funeste ; celle-ci est, en effet, la terminaison presque constante de la maladie. Cependant quelques faits autorisent à penser que l'encéphalite peut guérir par résolution, puisqu'on a vu des

malades recouvrer l'intégrité de toutes leurs fonctions. Ce sont là, à proprement parler, les seuls cas où l'on puisse dire qu'il y a eu guérison ; car lorsque l'inflammation, parvenue à un état de ramollissement fort avancé, se termine par la formation d'une cicatrice dure, qui devient même consécutivement le siége de diverses transformations organiques, on ne peut pas dire précisément que la maladie est guérie, puisque la plupart des malades conservent pendant toute leur vie de la contracture, de la paralysie et divers troubles intellectuels ; cette cicatrice d'ailleurs agissant comme un corps étranger, finit presque toujours par produire autour d'elle diverses lésions consécutives. Il n'existe encore aucun fait concluant qui prouve que des abcès cérébraux aient jamais guéri par la résorption du liquide, ou bien par suite de son issue à l'extérieur. Le pus peut bien être évacué à travers une solution de continuité récente ou ancienne des os du crâne, ou bien à travers l'ethmoïde ou le rocher cariés ; mais cette évacuation, qui souvent est suivie d'une rémission momentanée dans les accidents de compression, n'a jamais amené une guérison radicale.

Diagnostic. — Nous avons vu qu'il était impossible de distinguer la méningo-encéphalite de la méningite simple. Celle-ci diffère de l'encéphalite sans complication, par la céphalalgie, qui est plus vive ; par les troubles des sens, et par ceux des organes digestifs, qui sont plus communs ; par la vivacité du délire et l'intensité de la fièvre ; la paralysie est assez rare ; dans l'inflammation des méninges enfin, les symptômes spasmodiques occupent presque toujours les deux côtés du corps. Dans l'encéphalite simple, au contraire, la douleur de tête et la fièvre ont une médiocre intensité ; il existe dès le début de la roideur et de la contracture ; plus tard, la paralysie se déclare : elle est toujours lente et progressive. Cette succession dans les accidents permettra de distinguer l'encéphalite de l'hémorrhagie cérébrale ; mais souvent il sera presque impossible de la différencier d'avec le ramollissement.

M. Durand-Fardel croit pourtant qu'il y a une forme d'encéphalite qui, anatomiquement caractérisée par l'injection et le ramollissement des circonvolutions avec adhérences des méninges, offrirait, comme accidents prédominants, des symptômes apoplectiques tout à fait semblables à ceux d'une hémorrhagie cérébrale. Cependant les faits de M. Durand-Fardel ne nous semblent pas à l'abri de toute objection ; car, malgré le soin avec lequel les observations ont été recueillies, il ne nous est pas démontré que, pour la plupart du moins, sinon dans tous, les symptômes apoplectiques n'aient pas été précédés de quelques autres prodromes propres à l'encéphalite et étrangers aux hémorrhagies.

Certains ramollissements inflammatoires ou atoniques des parties blanches centrales du cerveau ressemblent beaucoup, par leur début, à la fièvre typhoïde. Ainsi, comme dans cette dernière, il existe de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie, du délire, quelquefois des épistaxis, de la diarrhée et toujours une fièvre assez intense. Cependant on pourra s'éclairer sur la véritable nature de l'affection en notant que, dans le cas de ramollissement,

il y a absence des principaux symptômes abdominaux et du râle sibilant dans la poitrine ; et puis ajoutons qu'au bout de peu de jours on voit survenir de la roideur, ou de la paralysie dans une moitié ou dans les deux côtés du corps, et souvent dès le début on constate du strabisme ou de la diplopie, accidents qui doivent toujours mettre en garde et empêcher qu'on ne porte un diagnostic prématuré.

Une fois fixé sur la nature de la maladie, il est impossible de localiser l'altération dans telle ou telle partie du cerveau ; il est même souvent difficile de déterminer si la maladie est bornée à un seul côté ou si les deux hémisphères sont atteints simultanément, puisqu'une encéphalite locale peut produire de la contracture ou des secousses convulsives dans les deux côtés. Cependant il faut convenir que ce cas est rare, et que le plus ordinairement, lorsque des symptômes spasmodiques ou de paralysie se montrent simultanément dans les deux côtés, on trouve une lésion dans les deux hémisphères à la fois, ou bien l'altération dont l'un d'eux est le siége est tellement considérable qu'on comprend qu'elle ait pu exercer une compression sur le côté sain. Nous avons dit aussi qu'il était impossible de préciser le genre d'altération qui existait : cependant si les symptômes sont impuissants pour résoudre ces problèmes, il existe parfois certaines circonstances qui peuvent venir en aide au diagnostic. Ainsi, lorsque chez un malade atteint d'une otorrhée ancienne, se liant à une altération des os, on voit diminuer l'écoulement, et survenir de la céphalalgie, du délire, de l'agitation, des convulsions, du coma et de la fièvre, on peut presque affirmer qu'un abcès se forme ou est peut-être déjà formé dans le lobe moyen. Il est impossible d'établir pendant la vie le diagnostic différentiel de l'encéphalite chronique d'avec les affections cérébrales à marche lente. On ne peut avoir ici que des présomptions d'après la connaissance des commémoratifs.

Pronostic. — Il est peu de maladies aiguës aussi graves que l'encéphalite ; elle tue, en effet, presque tous les individus qu'elle frappe, et ceux, en petit nombre, qui y survivent restent, jusqu'à la fin de leurs jours, infirmes, paralytiques ou en état de démence. La variété qui débute par des mouvements convulsifs est de toutes la plus grave.

Étiologie. — On n'est pas encore suffisamment fixé sur la nature des causes prédisposantes et efficientes qui peuvent produire l'encéphalite. On sait pourtant que cette maladie atteint deux ou trois fois plus souvent l'homme que la femme ; mais on n'est pas encore suffisamment fixé sur l'époque de la vie à laquelle la maladie prédomine, les uns ayant indiqué l'enfance, d'autres l'âge viril. On ne sait non plus rien de précis sur le rôle que jouent les affections tristes de l'âme, les travaux de l'esprit et la température : quelques faits autorisent à penser que la maladie peut survenir sous une influence héréditaire. L'encéphalite reconnaît souvent comme cause déterminante une violence extérieure sur les os du crâne, l'insolation ou les excès alcooliques. Nous avons dit aussi que l'inflammation de l'oreille interne, soit qu'elle dépende primitivement de la carie du rocher, soit que, bornée d'abord à la muqueuse, elle finisse par altérer ces os, est

une cause d'encéphalite, laquelle se termine ici presque toujours par la formation d'un abcès. Le virus vénérien a été considéré par M. Lallemand comme pouvant aussi exercer une influence directe et primitive sur le cerveau et l'enflammer; mais cette opinion ne nous semble être nullement démontrée : il est, au contraire, incontestable pour tous que le virus vénérien, en altérant les os du crâne, peut devenir ainsi l'occasion indirecte d'une encéphalite. Enfin, celle-ci se développe fréquemment au pourtour d'un caillot ou d'une tumeur du cerveau : dans tous ces cas on dit qu'elle est consécutive.

Traitement. — Le traitement ne diffère en rien de celui que nous avons indiqué pour la méningite; peut-être pourrait-on essayer ici de la méthode contre-stimulante qui échoue généralement dans les phlegmasies des membranes séreuses; quelques faits autorisent du moins à employer ce traitement dans l'encéphalite aiguë. Dans la période de collapsus, et lorsque la maladie passe à l'état chronique, il faut insister sur les révulsifs puissants, tels qu'un séton, un ou plusieurs cautères à la nuque, ou un large vésicatoire sur le cuir chevelu.

DE LA MYÉLITE.

Le mot de *myélite* sert à désigner l'inflammation du tissu de la moelle épinière.

Anatomie pathologique. — Ce que nous avons dit des lésions caractérisant l'encéphalite s'applique également à la myélite : seulement, comme dans celle-ci les altérations suivent une marche beaucoup plus rapide que dans le cerveau, il s'ensuit qu'on trouve rarement sur le cadavre une myélite caractérisée seulement par l'injection, par la rougeur et par l'induration du tissu. Dans tous les cas, en effet, la pulpe nerveuse est ramollie, diffluente; le ramollissement peut présenter les colorations rouge, jaune, verte et blanche, que nous avons déjà rencontrées dans le cerveau. Les collections purulentes s'y observent beaucoup plus rarement que dans ce dernier, et ont toujours un très petit volume. Comme pour le cerveau, les ramollissements rouges, jaunes, verdâtres et blancs avec infiltration purulente, devront seuls se rapporter à un travail inflammatoire. Quoi qu'il en soit, ces ramollissements s'accompagnent toujours d'une augmentation dans le volume de la moelle au niveau des parties altérées. Il est rare que la lésion occupe plus de la moitié du cordon rachidien; ordinairement même elle est limitée à une seule région : ainsi la portion dorsale est le plus souvent atteinte; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les portions cervicale et lombaire. Le ramollissement commence presque toujours par la substance grise centrale, plus rarement par la périphérie, à moins que la myélite ne soit consécutive à l'arachnitis. Le ramollissement peut occuper toute l'épaisseur de la moelle ou bien être borné à une de ses moitiés latérales, ou bien enfin être inégalement marqué à la face antérieure ou à la postérieure. Dans le premier cas, le tissu nerveux peut être réduit en une sorte de détritus purulent, de sorte qu'il y

a réellement interruption complète entre les parties supérieure et inférieure de la moelle.

On a coutume de considérer surtout comme des indices d'une inflammation chronique l'induration du tissu de la moelle, ce qui donne parfois à ce cordon nerveux la consistance de l'albumine durcie; mais jusqu'à présent il est absolument impossible de déterminer quelles sont les altérations qui peuvent anatomiquement caractériser la myélite chronique. (*Voir*, dans le tome II, *Ramollissement de la moelle.*)

Symptômes et marche. — La myélite paraît débuter ordinairement sans prodromes, par des symptômes tout à fait locaux : ainsi la plupart des malades éprouvent de l'engourdissement, des fourmillements, des crampes dans les membres inférieurs, et quelquefois aussi dans les membres thoraciques, suivant la hauteur à laquelle l'altération remonte. On a prétendu aussi qu'il y avait souvent des érections; mais c'est un signe que nous n'avons jamais pu constater. Quoi qu'il en soit, les mouvements sont toujours très difficiles, embarrassés, roides et incertains; quelquefois il existe en outre de temps en temps des secousses convulsives. Beaucoup de ces malades éprouvent une douleur fixe dans un point du rachis. Cette douleur peut être constante; mais le plus souvent elle n'est ressentie que par la pression ou par la percussion médiate qu'on exerce sur les apophyses épineuses correspondantes, ou bien encore lorsque les malades sont couchés sur le dos. Quelquefois, enfin, on la provoque en promenant une éponge imprégnée d'eau chaude sur toute la longueur du rachis, ce qui excite vis-à-vis de la région affectée une sensation de chaleur brûlante, tandis que partout ailleurs le malade ne ressent que l'impression d'une chaleur ordinaire. Indépendamment de cette douleur locale, qui indique à quelle hauteur la moelle est altérée, il en existe souvent d'autres, qui tantôt semblent une irradiation de la précédente, mais qui souvent aussi en sont indépendantes. Ces douleurs occupent les membres inférieurs; elles suivent parfois le trajet des nerfs sciatiques, ou bien elles sont disséminées dans tout le membre, et retentissent spécialement dans une de ses parties, à la plante du pied, par exemple. Des douleurs plus fréquentes encore sont celles que beaucoup de malades accusent en travers du corps, et qui semblent siéger dans les branches des nerfs intercostaux. Cependant bientôt la paralysie survient; presque toujours commençant par les membres inférieurs, elle s'étend de bas en haut, et affecte presque toujours simultanément le sentiment et le mouvement, mais à des degrés fort différents; quelquefois la paralysie existe sans altération dans la sensibilité; le contraire a lieu très rarement. En même temps l'urine cesse d'être excrétée, ou bien elle sort involontairement; les matières fécales peuvent être en général retenues lorsqu'elles sont solides, mais, pour peu qu'elles soient liquides, elles s'échappent malgré la volonté du malade, ou sans que celui-ci en ait la conscience; il en est de même des vents. L'étendue de la paralysie varie d'ailleurs suivant la hauteur à laquelle siège l'altération de la moelle. Ainsi, lorsque la myélite occupe les régions dorsale ou lombaire, les membres inférieurs, la vessie et le rectum sont seuls affectés; mais lorsque l'alté-

ration gagne la portion cervicale, on observe du côté des membres thoraciques les mêmes symptômes que nous avons notés précédemment vers les membres abdominaux, c'est-à-dire des fourmillements, des crampes, de la roideur, des convulsions, et la paralysie du sentiment et du mouvement. Bientôt aussi les muscles inspirateurs cessent d'agir; la dilatation de la poitrine ne se fait plus que par le diaphragme; la respiration est courte, accélérée, pénible, et un grand nombre de malades succombent aux symptômes d'une asphyxie lente. Ces accidents se remarquent encore lorsque l'altération réside dans la portion crânienne de la moelle. De plus, il n'est pas rare alors qu'il existe une douleur vive à la nuque, de la rigidité dans les muscles de cette région, des troubles de l'intelligence et des sens, du trismus, une déglutition difficile, une respiration pénible, diaphragmatique, et parfois de l'hydrophobie. A ces phénomènes succède une paralysie, tantôt bornée à une moitié du corps, plus souvent générale, suivant que l'altération occupe un seul faisceau ou les deux faisceaux antérieurs de la moelle. Lorsque ces accidents sont tels que je les indique, ils sont assez caractéristiques d'une altération de la portion crânienne de la moelle, et, quoi qu'on en ait dit, on ne les retrouve point, ni dans l'inflammation des parties blanches centrales, ni dans celle des deux hémisphères.

L'inflammation de la moelle peut exister sans réveiller beaucoup de sympathies: cependant il y a communément un appareil fébrile assez intense, de la soif, de l'inappétence, et assez souvent des vomissements.

Nous avons vu que, quelle que fût la hauteur à laquelle siégeait l'altération de la moelle, les symptômes spasmodiques et la paralysie occupaient simultanément, mais parfois inégalement, les membres de l'un et de l'autre côté. Cependant, dans quelques cas rares, et nous en avons rencontré plusieurs, ces accidents sont d'abord bornés à un membre ou bien aux deux membres du même côté, il peut y avoir en un mot hémiphlégie, comme si la lésion siégeait dans un des hémisphères; mais s'il en est ainsi, on ne tarde pas à voir les membres opposés être atteints de la même manière, pour peu que l'altération de la moelle fasse de nouveaux progrès. Nous signalerons également comme un fait excessivement rare la propagation de haut en bas des phénomènes spasmodiques et de la paralysie. Nous avons parlé précédemment de la paralysie comme survenant presque toujours d'une manière progressive: cependant il n'est pas rare que les malades, qui n'éprouvaient d'abord que des fourmillements dans leurs membres, soient tout à coup paralysés du sentiment et du mouvement dans ces parties, comme si le tissu de la moelle était brusquement détruit par un raptus hémorrhagique. Il faut admettre alors que l'altération est devenue tout d'un coup très considérable.

Durée, terminaison. — La myélite a une durée plus ou moins longue: elle peut entraîner la mort au bout de peu de jours lorsque la maladie occupe primitivement la région cervicale; mais si l'altération commence par les régions dorsale ou lombaire, il peut s'écouler plusieurs semaines avant que la terminaison fatale ait lieu. Celle-ci est produite tantôt par les progrès de l'altération qui gêne la respiration et empêche l'hématose, ou

bien par suite de la gangrène qui, comme dans la plupart des maladies de la moelle, envahit rapidement les parties destinées à supporter le poids du corps, telles que le sacrum, les coudes, les trochanters et les talons. Dans ces cas la paralysie devient si complète que la peau des membres et du tronc peut être déchirée et brûlée sans que les malades en aient conscience ; enfin les parties s'infiltrent et perdent leur chaleur. Très rarement (car jusqu'à présent nous n'en avons rencontré qu'un seul exemple) la myélite se termine par le retour complet à la santé. Alors la sensibilité se ranime, le mouvement revient peu à peu, les évacuations involontaires cessent, et au bout d'un temps, qui est rarement moindre de six semaines ou de deux mois, les malades ont recouvré la plénitude de leurs facultés ; mais, je le redis, ce cas, est très rare. On peut en outre établir que tous les malades qui ne succombent point aux accidents aigus restent ensuite infirmes, paraplégiques, sujets à des rétentions ou à des incontinences d'urine et de matières fécales. Quelques malades pourtant peuvent encore se soutenir et marcher avec l'aide d'un bâton ou de béquilles ; chez d'autres la station est impossible sur les pieds, tandis qu'elle peut encore se faire sur les genoux ; un grand nombre enfin ne peuvent plus exécuter aucune espèce de mouvements : leurs membres sont alors tantôt contracturés, tantôt ils sont en résolution. Chez ces individus, les muscles qui sont ainsi paralysés s'atrophient, et on voit parfois quelques uns d'entre eux, ceux des mollets surtout, subir la dégénérescence graisseuse. Enfin, lorsque la mort arrive au bout de plusieurs années, on trouve, pour expliquer les accidents dont nous venons de parler, une atrophie partielle de la moelle, ou bien une induration de son tissu, et quelquefois un ramollissement blanc ne différant pas de celui qu'on rencontre dans un grand nombre d'états aigus.

Diagnostic. — L'existence d'une douleur fixe et plus ou moins vive, spontanée ou provoquée par la pression et la percussion sur un point du rachis, des symptômes spasmodiques ou une paralysie se développant simultanément ou successivement dans les deux membres opposés et coïncidant avec l'intégrité des facultés intellectuelles, devront caractériser une maladie de la moelle. Le siége de la douleur et de la paralysie fera connaître l'étendue de l'altération. La persistance seule de la motilité ou de la sensibilité portera à croire que l'altération affecte exclusivement ou spécialement les faisceaux postérieurs ou antérieurs. L'hémiplégie prouvera que la moitié de la moelle seule est malade. Il est inutile de dire que la paralysie occupe toujours le côté correspondant à l'altération. On pourra encore distinguer la myélite de l'arachnitis spinale, en ce que dans cette dernière on observe une douleur locale plus vive, et qui manque plus rarement que dans la myélite ; il existe en outre une roideur convulsive des muscles vertébraux, et une exagération de la sensibilité de la peau, accidents qu'on ne voit pas dans l'inflammation qui est bornée à la pulpe nerveuse ; ajoutons enfin que les symptômes spasmodiques (roideur, contractures, convulsions,) sont plus marqués dans l'arachnitis, tandis que la paralysie prédomine dans la myélite. Là se borne tout le diagnostic ; car je

ne pense pas qu'il soit encore possible de préciser la nature de l'altération, c'est-à-dire de déterminer d'une manière certaine si on a à traiter une myélite ou seulement un de ces ramollissements à marche aiguë dont nous parlerons ailleurs, et qui semblent se produire sans le *concours manifeste* d'aucun travail inflammatoire.

Les abcès traumatiques formés autour d'une vertèbre contuse ou fracturée donnent lieu à des symptômes qui ont la plus grande analogie avec l'inflammation de la moelle ou de ses enveloppes. Ainsi, quelques jours après l'accident, il se développe de la fièvre, une paralysie des membres, du rectum et de la vessie, accidents qui coïncident avec une douleur locale le long du rachis. Souvent alors, au bout de quelques jours, les symptômes de compression diminuent, si le pus, fusant hors du canal rachidien, se réunit dans un point des gouttières vertébrales. M. Bigot, dans sa thèse (1845), appelle l'attention sur cette circonstance. Ici, les commémoratifs et la marche des accidents pourraient faire soupçonner la nature de la lésion. On comprend de quelle importance il est, en pareil cas, d'explorer avec soin le rachis et ses environs, pour saisir dès son début la formation de l'abcès, et ouvrir au pus une issue au dehors.

Pronostic. — La myélite, comme on a pu s'en convaincre précédemment, est une maladie excessivement fâcheuse; sa gravité est d'autant plus grande que l'altération siége plus haut. La manifestation de la gangrène est un accident des plus fâcheux; enfin la paralysie des muscles respiratoires indique à peu près sûrement une mort prochaine.

Étiologie. — La myélite paraît plus commune dans la jeunesse et l'âge adulte; elle est le plus souvent spontanée; elle succède pourtant assez fréquemment à des violences extérieures sur le rachis, à des fatigues excessives, telles que celles de la marche, surtout lorsque les individus portent de lourds fardeaux sur leurs épaules. Enfin l'altération des vertèbres, la compression de la moelle par une production morbide, ou simplement par la déviation du rachis, peuvent finir par provoquer une inflammation aiguë de la pulpe nerveuse.

Traitement. — Les moyens de traitement sont exactement les mêmes que pour la méningite rachidienne dans la période aiguë. Mais les révulsifs devront être ici beaucoup plus énergiques: c'est ainsi que, dès qu'on aura suffisamment combattu l'inflammation par les saignées générales et locales, on appliquera un ou plusieurs cautères ou moxas sur les côtés des apophyses épineuses correspondant à l'altération. Ces moyens, auxquels on peut joindre, d'après le conseil d'Ollivier, l'usage de douches salines ou sulfureuses sur le rachis, sont à peu près les seuls qui aient quelque efficacité dans les paraplégies chroniques, maladies contre lesquelles nous avons vu toujours échouer l'électro-puncture et la strychnine: tous ces moyens d'ailleurs ne devront être employés qu'avec prudence et lorsque tout état aigu a cessé depuis longtemps.

Dans la myélite, comme dans la plupart des maladies de la moelle, il faut prendre les plus grandes précautions pour éviter les escarres, qui ont beaucoup de tendance à se produire. Les malades seront donc tenus pro-

prement ; on les changera souvent de position ; on évitera tout ce qui pourrait irriter et contondre la peau : c'est dans ces cas que les lits mécaniques ont une grande utilité.

DE LA NÉVRITE OU NEURITIS.

C'est à tort que quelques auteurs ont autrefois contesté que les nerfs pussent jamais s'enflammer. D'autres ont soutenu, avec Boerhaave et M. Martinet, que, dans la névrite, l'inflammation respectait la pulpe nerveuse, tandis que le névrilème seul était phlogosé : aussi désignaient-ils plutôt la maladie sous les noms de *névrilite* ou de *névrilémite*. Mais les recherches cadavériques et les expériences tentées sur les animaux, notamment celles entreprises par le docteur Dubrueil, et rapportées dans la thèse de ce médecin (1), ont prouvé que le névrilème, comme la substance nerveuse, pouvaient être isolément ou simultanément atteints par l'inflammation. Celle-ci est caractérisée dans le premier cas par la rougeur, l'épaississement et la friabilité du tissu; dans le second, par l'injection, le ramollissement et l'infiltration purulente de la substance nerveuse, transformée parfois en une pulpe grisâtre ; le volume du nerf est toujours augmenté. Nous ne savons rien sur les caractères de la névrite chronique.

Symptômes. — La névrite est caractérisée par une douleur vive, dilacérante ou contusive, siégeant sur le trajet connu d'un nerf; elle est continue et augmente par la pression. Si le nerf est superficiellement placé, on sent à travers la peau un cordon dur, noueux, douloureux, formé par l'organe malade, dont les fonctions se trouvent plus ou moins perverties. C'est ainsi que les parties qui recouvrent les ramifications du nerf sont le siége d'un engourdissement pénible, et quelquefois d'une paralysie qui porte à la fois sur le sentiment et le mouvement, ou sur l'une de ces facultés seulement, suivant la nature du nerf malade. Cette paralysie pourrait même devenir permanente si l'inflammation, arrivant jusqu'à suppuration ou gangrène, avait pour effet de détruire le nerf, ou bien encore si celui-ci était consécutivement frappé d'atrophie. L'ulcération n'est peut-être jamais une terminaison de la névrite. Cette lésion, dans les cas rares ou on l'a observée, a toujours été consécutive à la destruction des tissus ambiants. Cependant les faits de névrite jusqu'à présent connus sont assez rares pour qu'on ne puisse encore déterminer quels sont la marche et les modes de terminaison les plus fréquents de la maladie.

On peut dire d'une manière générale que le pronostic de la névrite est grave. Cependant la science ne possède encore rien de précis à cet égard.

La névrite est une maladie excessivement rare, surtout comme affection idiopathique; elle succède presque toujours à quelque cause traumatique, comme une plaie ou une contusion. On l'a encore vue succéder à la ligature, à la cautérisation du nerf, ou à la pénétration de son tissu par un

(1) *Thèse de Montpellier*, 1845, n° 34.

corps étranger. Cependant, somme toute, les nerfs sont assez peu inflammables. Rien, en effet, de plus commun que de voir des cordons nerveux traverser des foyers suppurés ou gangrenés sans qu'ils participent au désordre des parties environnantes.

Le traitement est essentiellement antiphlogistique ; on insistera surtout sur les émissions sanguines locales, les cataplasmes, les bains, les onctions mercurielles et les révulsifs internes. Enfin si, la période inflammatoire ayant cessé, les malades éprouvent de l'engourdissement, un commencement de paralysie, on promènera un ou plusieurs vésicatoires, ou même on appliquera plusieurs cautères ou moxas sur le trajet du nerf.

INFLAMMATIONS DE QUELQUES UNS DES SENS.

DU CORYZA.

Synonymie. — Rhinite, rhume de cerveau, catarrhe nasal, *gravedo*, enchifrènement.

Le coryza ou rhinite est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales. On l'observe à l'état aigu ou à l'état chronique. Le coryza chronique se subdivise en deux espèces, suivant qu'il est simple ou qu'il se complique d'ulcération ; dans ce dernier cas, il constitue une affection distincte, que nous décrirons sous les noms d'*ozène* ou de *coryza ulcéreux*.

Anatomie pathologique. — Ce n'est guère que chez les très jeunes enfants qu'on a eu occasion d'examiner les altérations que le coryza produit sur la membrane pituitaire. A l'*état aigu*, on a trouvé celle-ci plus ou moins injectée, rouge, noirâtre, bleuâtre, boursouflée, épaissie par places, et friable; enfin quelques auteurs, et Billard en particulier, l'ont vue tapissée par des concrétions pseudo-membraneuses. Dans le coryza chronique, la muqueuse pituitaire est plus dense ; elle est inégale, rugueuse ou mamelonnée à sa surface, et tellement épaissie que le canal nasal peut en être obstrué ou même oblitéré. Elle est en général friable, et présente une coloration d'un blanc opaque ou bien noirâtre, et surtout ardoisée.

Symptômes. — Au début, le coryza produit une sensation de sécheresse incommode dans les fosses nasales, accompagnée de picotements et de prurit, ce qui provoque de fréquents éternuments. Il s'établit par les narines un écoulement plus ou moins abondant d'un mucus transparent, séreux, d'une saveur salée, qui souvent rougit et excorie les narines ainsi que la lèvre supérieure; l'odorat est diminué ou même tout à fait éteint. A cette période, on voit souvent apparaître de nouveaux symptômes dépendant de l'extension de la phlegmasie. Lorsqu'en effet celle-ci se propage aux sinus frontaux, les malades accusent une céphalalgie frontale gravative, qui s'exaspère par les mouvements et les secousses du corps, et qui parfois est assez incommode pour rendre impossible tout travail intellectuel. Plus rarement, l'inflammation s'étend dans les voies lacrymales, ce qui produit l'injection de la conjonctive, avec larmoiement et sensibilité vive à

l'impression de la lumière. Enfin, si la muqueuse du sinus maxillaire s'enflamme, le malade se plaint d'une douleur assez vive dans la joue correspondante; quelquefois même celle-ci paraît légèrement tuméfiée; il y a un sentiment de tension dans la mâchoire, et souvent les dents qui s'y implantent sont endolories.

Le coryza ne produit le plus souvent que ces accidents locaux : cependant il arrive quelquefois qu'il s'accompagne de malaise, d'inappétence et d'un léger mouvement fébrile précédé ou accompagné de frissons irréguliers. En général, au bout de deux ou trois jours, les symptômes s'amendent, la douleur et la tension diminuent; la fièvre, s'il en existe, cesse; l'écoulement prend plus de consistance, il devient blanc, puis jaunâtre, verdâtre, opaque; il exhale une odeur fade, spermatique, il se détache difficilement, se dessèche rapidement, et produit des croûtes qui, obstruant les fosses nasales, gênent le passage de l'air, et donnent à la voix un timbre nasonné, qui d'ailleurs existe souvent dès le début et qui s'explique par le boursouflement de la membrane muqueuse. Cette obstruction des fosses nasales étant beaucoup plus complète chez les nouveaux-nés, en raison de l'étroitesse naturelle de ces cavités, il en résulte des accidents plus ou moins graves, qui ont été parfaitement décrits par Billard et par M. Rayer. Ainsi l'enfant est obligé de dormir la bouche ouverte; sa respiration est bruyante, sifflante, difficile; son agitation, ses cris et sa physionomie expriment la douleur et la gêne excessive qu'il éprouve. Si dans ce moment on lui présente le sein, l'anxiété et la suffocation redoublent aussitôt : il y a menace d'asphyxie, puisque l'air ne peut plus pénétrer alors ni par les fosses nasales, bouchées par le gonflement de la muqueuse et par les produits sécrétés, ni par la bouche, qui est remplie par le mamelon et par le lait qui s'en écoule : aussi l'enfant, continuellement agité par le besoin de la faim et par l'impossibilité de la satisfaire, tombe bientôt dans l'épuisement, et finit par succomber avant d'arriver à un degré de marasme avancé. Nous ne ferons que rappeler ici pour mémoire une forme de coryza aigu dont nous avons déjà parlé, et qui, toujours consécutive à la stomatite et à l'angine diphthéritique, est caractérisée par un suintement séro-sanguinolent fétide et par l'expulsion de fausses membranes grisâtres.

Marche, durée, terminaisons. — Le coryza a une marche rapide; il se prolonge rarement au-delà d'un septénaire. Il a le plus souvent un cours régulier; quelquefois pourtant il présente des exacerbations. Enfin on l'a vu être périodique et ne céder qu'à l'usage du quinquina. Il peut occuper d'emblée les deux fosses nasales; mais toujours il offre une intensité inégale dans ces deux cavités; le plus souvent la maladie, d'abord limitée à l'une d'elles, s'étend ensuite à l'autre lorsque déjà la phlegmasie est en décroissance dans la première. Le coryza se termine presque toujours par résolution; il passe rarement à l'état chronique. Chez l'adulte, il a toujours une heureuse issue; ce n'est que chez les enfants qu'on l'a vu se terminer par la mort.

Lorsque le coryza est chronique, qu'il soit primitif ou consécutif à l'état aigu, il n'excite communément aucune douleur, mais seulement un senti-

ment de gêne dans le nez et de pesanteur à la racine de cet organe. La sécrétion de la membrane muqueuse est augmentée ; il s'écoule par les narines un fluide presque toujours épais, opaque, grisâtre, jaune ou vert, inodore, d'une odeur fade, quelquefois d'une fétidité insupportable, bien que la membrane muqueuse ne soit le siége d'aucune ulcération. M. Cazenave, de Bordeaux, fait observer que les individus atteints de coryza chronique n'ont jamais la voix pure, et qu'ils se fatiguent promptement en parlant et en chantant. Cette forme de la maladie ne s'accompagne jamais d'accidents généraux. Elle a une marche lente, irrégulière, et l'on observe souvent des exacerbations qui peuvent persister chaque fois une ou deux semaines. Sa durée est indéterminée ; elle peut continuer toute la vie sans altérer notablement la santé générale.

Diagnostic. — Le diagnostic du coryza aigu ne présente pas de difficulté. Il faut savoir seulement que cette affection n'est pas toujours idiopathique, mais qu'elle est souvent la conséquence d'un état général ; c'est ce qu'on voit par exemple dans la rougeole. Le coryza des nouveaux-nés est caractérisé par la suffocation qui accompagne l'action de téter. Cet accident pourtant pourrait être produit par un vice de conformation de la bouche, de la langue, des fosses nasales ou du mamelon ; mais dans ces cas, indépendamment des résultats fournis par l'inspection directe des parties, on peut remarquer que, s'il y a vice de conformation, l'impossibilité de téter remonte à la naissance, tandis que, si les accidents dépendent d'un coryza, on apprend que l'enfant tétait librement avant l'invasion de la maladie.

Le coryza chronique pourrait être confondu avec des polypes muqueux ; mais lorsque ceux-ci existent, l'enchifrènement ne suit pas la même marche que dans le coryza ; il augmente dans les temps humides, ne produit pas ou à peine d'écoulement ; enfin l'inspection des fosses nasales finit bientôt par faire constater la présence des corps étrangers. Lorsque l'écoulement devient purulent et fétide, on devra redouter la présence d'ulcérations dans le nez.

Pronostic. — Le coryza n'offre de gravité que chez l'enfant nouveau-né ou à la mamelle.

Étiologie. — La pituitaire est de toutes les muqueuses celle qui s'enflamme le plus souvent. Quoique le coryza soit une affection commune à tout âge, il paraît pourtant qu'il règne surtout dans l'enfance et chez les sujets lymphatiques. Il se montre souvent d'une manière épidémique après les variations brusques de température ou au commencement des froids rigoureux. Le coryza chronique a été regardé comme appartenant spécialement aux enfants lymphatiques. Il a été plusieurs fois consécutif à l'habitation dans les lieux humides, à la suppression de la sueur des pieds, à l'habitude d'aller nu-tête, à l'usage du tabac, etc.

Traitement. — Le coryza aigu n'exige presque jamais de traitement chez l'adulte. Cependant, si la céphalalgie est vive, il convient de conseiller l'usage de pédiluves et de manuluves irritants ; on évitera l'action du froid ; le régime sera doux. Si le liquide qui s'écoule irrite encore le nez et les lèvres, on oindra ces parties avec de l'huile d'amandes douces ou avec la

pommade de concombre, qu'on portera même profondément dans le nez, ainsi que M. Piorry le conseille. Le traitement préconisé par le docteur Williams, consistant dans l'abstinence complète des boissons pendant trente-six ou quarante-huit heures, ne saurait être adopté, car ce serait faire subir un véritable supplice pour une maladie de peu d'importance. Les fumigations émollientes, que beaucoup de personnes conseillent, nous ont, au contraire, paru, comme à M. Chomel, le plus souvent nuisibles; car elles exaspèrent ordinairement la céphalalgie, et rendent la respiration plus difficile, en augmentant le boursouflement de la muqueuse. Cependant les fumigations émollientes pourraient être utiles s'il existait une grande sécheresse des narines et si cet état était désagréable pour les malades. Si le coryza affecte un nouveau-né, et s'il est assez intense pour produire l'occlusion presque complète des narines, il faudra remplacer l'allaitement naturel, devenu dès lors impossible, en donnant le lait par petites cuillerées à café, ce qui, ne nécessitant pas une occlusion parfaite de la bouche, permet encore l'introduction d'une quantité d'air suffisante pour l'hématose. On pourra en même temps employer quelques révulsifs; enfin les enfants seront maintenus au milieu d'une température douce.

Dans ces derniers temps, M. Tessier a proposé d'appliquer au coryza le traitement abortif, qui réussit si généralement contre les phlegmasies de plusieurs autres membranes muqueuses. Il conseille d'introduire dans les narines un petit bourdonnet de charpie trempé dans une solution de 25 à 30 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, et de le promener pendant six ou huit secondes sur la partie antérieure et inférieure de ces cavités. Il faut quelquefois renouveler l'application plusieurs jours de suite : cependant une seule a réussi quelquefois à enlever un coryza après dix à douze heures.

Dans le coryza chronique, on fera d'abord cesser l'action des causes qui l'ont produit ou qui l'entretiennent. On administrera quelques boissons sudorifiques et quelques laxatifs; on fera dans les fosses nasales des fumigations, d'abord émollientes, puis aromatiques. Si ces moyens échouent, on appliquera un vésicatoire à la nuque, ou bien encore on établira une dérivation sur un organe voisin, tel que la bouche, à l'aide de masticatoires plus ou moins puissants, comme le serait du tabac. Enfin, dans ces derniers temps, on a beaucoup vanté les médications topiques sur l'organe malade; ce sont surtout les préparations mercurielles et les cautérisations avec le nitrate d'argent : nous en parlerons dans l'article suivant.

DE L'OZÈNE.

SYNONYMIE. — Coryza ulcéreux, rhinite ulcéreuse, punaisie, etc.

Nous donnons les noms d'*ozène* ou de *coryza ulcéreux* à une forme de la rhinite anatomiquement caractérisée par des ulcérations dans les fosses nasales. Quelques auteurs ont signalé la fétidité des narines comme constituant le caractère distinctif de la maladie; mais c'est là un accident commun à plusieurs affections des fosses nasales (telles que coryza simple et

ulcéreux, vices de conformation, etc.) ; on ne saurait par conséquent en faire un signe pathognomonique : cependant il est assez important pour qu'on doive, dans la description, diviser les ulcérations des fosses nasales en *fétides* et en *non fétides*.

Caractères anatomiques. — Lorsqu'on examine les fosses nasales dans le coryza ulcéreux, on trouve la membrane muqueuse épaissie, gonflée, mamelonnée, friable, décollée par un pus fétide et détruite dans différents points. Les ulcérations sont très variables quant à leur siége, à leur nombre, à leur étendue et à leur aspect. Les unes sont petites, n'intéressant que la membrane muqueuse, et elles siègent ordinairement, suivant Boyer, à la partie antérieure de la cloison, au point de réunion des portions cartilagineuse et osseuse. Les autres se rencontrent le plus communément à la racine du nez, sur la muqueuse qui tapisse les os propres et le vomer. Quelquefois petites, et alors très nombreuses, il est plus commun de n'en voir qu'une, deux ou trois, au plus, mais très larges. Les unes sont superficielles ; les autres, profondes, pénètrent jusqu'à l'os, qui à ce niveau est carié, ramolli ou nécrosé. Les bords de ces solutions de continuité sont très irréguliers. Un mucus puriforme, sanguinolent, et des croûtes brunes, noirâtres, obstruent les fosses nasales, qui exhalent le plus souvent une odeur fétide. Enfin, on peut trouver des désordres plus grands encore, comme la destruction des os propres du nez, de la cloison, du vomer ; enfin le nez lui-même peut être détruit en totalité ou en partie.

Symptômes. — Le coryza ulcéreux succède quelquefois au coryza aigu, ou bien son début est obscur, et ne diffère en rien par ses symptômes comme par sa marche du coryza chronique, dont nous avons précédemment parlé. Le malade, en effet, est habituellement enchifrené ; il mouche beaucoup de mucus, épais, jaunâtre, verdâtre, purulent ; il éprouve de la gêne, rarement de la douleur, dans les fosses nasales. Celles-ci sont obstruées par des croûtes adhérentes, que la plupart des malades arrachent avec leurs doigts, ce qui produit parfois un suintement sanguin ; l'inflammation augmente à la suite de ces manœuvres, qui, répétées fréquemment, peuvent rendre la guérison difficile ou impossible. Cependant, dans une forme plus grave de la maladie, le fluide qui s'échappe est ichoreux, fétide, et l'air qui traverse les fosses nasales pendant l'expiration est lui-même imprégné de cette odeur pénétrante, insupportable, qu'on a comparée à celle de la sueur des pieds ou des macérations anatomiques, ou bien à celle d'une punaise écrasée; de là le nom de *punaisie* donné à la maladie, et celui de *punais*, sous lequel on désigne quelquefois les malades. Lorsque l'ulcération s'étend aux os ou aux cartilages du nez, on voit cet organe se tuméfier, se déformer, et devenir d'un rouge violacé ; en pressant à ce niveau avec les doigts, on constate souvent de l'empâtement, de l'œdème, une sorte de crépitation due à l'altération des os propres, qui finissent par se détacher et sortir soit par les fosses nasales, soit par une ulcération des téguments. Dans ce cas, le nez s'affaisse à sa base, tandis que sa pointe se relève, ce qui donne à la face quelque chose d'ignoble et de hideux.

Marche, durée, terminaisons. — Le coryza ulcéreux a toujours une marche chronique : cependant il peut présenter de temps en temps des exacerbations qui lui donnent momentanément l'apparence d'une maladie aiguë. Cette affection, qui n'a pas de tendance à guérir spontanément, a presque toujours une durée longue, indéterminée. Elle rend souvent la vie incommode, insupportable, mais elle ne l'abrège pas sensiblement ; lorsque la mort survient, c'est toujours par suite de quelque complication.

Diagnostic. — Lorsqu'il n'existe que de l'enchifrènement, ainsi qu'un écoulement jaune, verdâtre ou purulent, il est impossible de dire si le coryza est simple ou bien s'il est ulcéreux. La fétidité des narines n'est pas non plus un caractère distinctif, puisque nous avons vu qu'on pouvait l'observer dans les deux formes de la maladie, et même chez les individus qui ont la base du nez aplatie, les fosses nasales étroites et vicieusement conformées. L'inspection seule des parties, comme le pratique M. J.-J. Cazenave, de Bordeaux, peut seule permettre d'établir ici le véritable caractère de la maladie. Pour procéder à cet examen, M. le docteur Cazenave conseille de placer le malade en face d'une croisée bien éclairée, de lui renverser la tête en arrière, et de faire parvenir les rayons lumineux aussi profondément que possible. S'il existe des croûtes, on fera des lotions et des fumigations émollientes, afin de les détacher sans efforts. Si cette exploration est sans résultats, M. Cazenave prend un stylet mousse, flexible et recourbé à son extrémité en forme de crochet ; il l'introduit dans la fosse nasale aussi profondément que possible ; puis, en le ramenant d'arrière en avant, et en lui faisant exécuter de légers mouvements de rotation, il explore avec l'extrémité mousse toute la surface de la membrane pituitaire. Celle-ci est-elle exempte d'ulcérations, le stylet glisse sans sentir d'inégalités; mais si, au contraire, la membrane offre des solutions de continuité, l'extrémité de l'instrument est retenue par les bords de l'ulcération. L'exploration dont je parle sera surtout faite sur la partie de la cloison voisine de la racine du nez, puisque nous avons vu que c'était là le siége de prédilection des ulcérations. Enfin, c'est encore par l'inspection qu'on pourra différencier le coryza ulcéreux d'avec un polype, d'avec l'inflammation phlegmoneuse, les abcès de la cloison, ainsi que du cancer des ailes du nez. Je ne dirai rien du coryza qui accompagne la morve et le farcin chronique; car c'est le symptôme d'une affection générale qui, comme nous le verrons plus tard, a des caractères particuliers.

Enfin le coryza ulcéreux diagnostiqué, il faut reconnaître sa nature. S'il y a peu de douleur, si le mucus nasal est peu altéré, s'il n'exhale non plus que l'air aucune odeur fétide, il est probable qu'il n'existe qu'une ulcération simple, dont la guérison sera facile. Mais si l'odeur est fétide, si l'écoulement nasal est ichoreux, purulent, on devra regarder l'ulcère comme étant plus grave, et l'on recherchera alors s'il n'est pas symptomatique d'un état constitutionnel, tels que syphilis et scrofules; on éclaircira ce problème par l'étude des commémoratifs et des symptômes concomitants.

Pronostic.. — Si le coryza ulcéreux ne compromet pas l'existence, il

constitue du moins une affection incommode, répugnante, et qui peut produire à la longue une mutilation.

Étiologie. — Le coryza ulcéreux est rare avant dix ans; on l'observe surtout dans la jeunesse et l'âge adulte; on ignore quelle est l'influence du sexe : il a paru être parfois héréditaire. Une constitution molle, scrofuleuse, semble y prédisposer; on ne sait pas précisément si les personnes qui sont sujettes aux coryzas y sont plus exposées que d'autres. Quant aux causes occasionnelles, elles nous sont inconnues dans la plupart des cas; toutefois il est hors de doute que l'ozène a été plusieurs fois consécutif à l'extirpation ou à l'arrachement des polypes; d'autres fois la maladie semble être un accident des scrofules; enfin plus souvent encore l'ozène est produit par la syphilis constitutionnelle : c'est surtout lorsqu'il reconnaît cette cause qu'on observe la destruction des os et des cartilages du nez.

Traitement. — On a conseillé un grand nombre d'agents thérapeutiques contre le coryza ulcéreux. Il faut, lorsque les accidents aigus existent, les combattre par le régime antiphlogistique et par les révulsifs, par des lotions, des injections et des fumigations émollientes; c'est par ce dernier moyen qu'on provoquera la chute et l'issue des croûtes qui obstruent les fosses nasales, et qui sont une cause permanente d'irritation : les malades ne devront jamais les arracher. Plus tard on a recours aux injections détersives avec le chlorure de calcium ou de sodium (2 grammes pour 150 à 200 grammes d'eau d'orge) avec une décoction de roses rouges ou avec une solution de sous-acétate de plomb. On peut aussi faire, soit avec celui-ci, soit avec le minium et la céruse, une pommade, un cérat, que l'on introduit dans le nez à l'aide d'un pinceau ou d'une tente. Depuis près d'un siècle les mercuriaux ont été administrés à différentes époques contre le coryza ulcéreux non syphilitique. M. Trousseau a, dans ces derniers temps, remis cette pratique en honneur; il a conseillé aux malades atteints de coryza chronique, simple ou ulcéreux, de prendre sept ou huit fois par jour une pincée d'une poudre faite avec un mélange de protochlorure de mercure (1 gram. 30 centigr.), d'oxyde rouge (60 centig.) et de sucre candi (16 gram.). M. Trousseau injecte aussi une solution de sublimé. On peut, par exemple, dissoudre 8 grammes de sublimé dans 380 grammes d'eau; puis on prend une demi-cuillerée à café jusqu'à deux cuillerées de cette solution qu'on met dans un verre d'eau pour en faire des injections. Ces topiques seront surtout indiqués lorsque l'ozène est de nature vénérienne; mais dans ce cas il faudra de plus soumettre le malade à un traitement mercuriel régulier, et on y associera l'usage des sudorifiques. La constitution scrofuleuse exigera à son tour l'emploi des toniques, des ferrugineux; enfin, dans les cas rebelles, on modifiera les surfaces par la cautérisation. Pour la pratiquer, M. J.-J. Cazenave, qui a surtout préconisé ce moyen, porte un crayon de nitrate d'argent sur l'ulcération; et, s'il n'a pu la découvrir, il introduit et promène le caustique le plus loin possible dans l'intérieur des fosses nasales. Si cela échoue, M. Cazenave propose de porter alors un pinceau imprégné d'une solution de nitrate d'argent (1 ou 2 gram. pour 30 gram. d'eau), ou d'injecter cette même

solution à l'aide d'une seringue recourbée, en donnant pourtant aux malades une position telle que le liquide pénètre le moins possible dans le pharynx. Dans les cas où tous ces moyens échouent, il faudra conseiller quelques palliatifs pour masquer l'odeur fétide que les malades exhalent; dans ce but on leur fait renifler plusieurs fois par jour de l'eau tiède chlorurée, ou une eau rendue odoriférante avec la menthe, la sauge, l'eau de mélisse, etc.

DE L'OTITE.

Sous le nom d'*otite,* on comprend toutes les inflammations de l'intérieur de l'oreille. On les divise, d'après leur siége, en *externe* et en *interne.* Dans le premier cas, la phlegmasie, bornée au conduit auditif externe, ne dépasse pas la membrane du tympan; dans le second, elle occupe une ou plusieurs des parties qui constituent l'oreille interne. Eu égard à sa marche, on divise encore l'otite en *aiguë* et en *chronique.*

Caractères anatomiques. — Dans l'otite aiguë externe, la peau fine qui tapisse le conduit auditif est injectée, rouge et souvent assez tuméfiée pour oblitérer tout à fait ce canal; elle a alors l'aspect d'une membrane muqueuse. On peut voir à sa surface des vésicules, des pustules, de petits abcès et des ulcérations; quelquefois elle est décollée par du pus, et il est commun alors de trouver les cartilages subjacents ramollis et perforés. Les os, au contraire, sont rarement altérés; souvent la membrane du tympan est perforée ou détruite. Dans l'otite interne, on trouve les différentes parties constituantes de l'oreille interne, notamment la cavité du tympan, les cellules mastoïdes, le conduit d'Eustachi tapissés par une muqueuse rouge, boursouflée, ramollie, ulcérée; ces cavités et les canaux demi-circulaires eux-mêmes sont parfois remplis d'une matière sanieuse et purulente; enfin, les os finissent bientôt par être attaqués à leur tour. Ces lésions sont bien autrement graves et profondes dans l'otite chronique, plus généralement désignée sous les noms d'*otorrhée purulente.* Ici, en effet, on trouve des végétations fongueuses dans le conduit auditif interne; la membrane du tympan est complétement détruite; et les osselets de l'ouïe sont détachés, libres, ou bien il n'en existe plus de trace, la suppuration les ayant entraînés pendant la vie. Les os sont cariés dans un ou plusieurs points; on observe surtout la carie de l'apophyse mastoïde et celle du rocher au voisinage des canaux demi-circulaires : le conduit auditif interne est beaucoup plus rarement atteint. Dans les cas où le rocher est ainsi carié, nécrosé, vermoulu dans toute son épaisseur, on observe souvent des lésions graves vers le cerveau et ses membranes. Ainsi la dure-mère est noirâtre, détachée de l'os, et la portion correspondante du cerveau est ramollie ou est devenue le siége d'un vaste abcès le plus souvent enkysté, dont la cavité communique quelquefois avec l'intérieur de l'oreille à l'aide de plusieurs ouvertures ou pertuis du rocher. Les désordres pourtant n'ont pas toujours cette étendue ni cette gravité. Souvent, en effet, l'inflammation chronique de l'oreille moyenne est seulement caractérisée par un

épaississement, par un boursouflement de la muqueuse, avec accumulation de concrétions diverses à sa surface. Mais une des altérations les plus fréquentes, au rapport du docteur Toynbée, ce serait la formation de brides membraneuses dans les différentes parties de la cavité du tympan; elles sont parfois si nombreuses, d'après lui, qu'elles la remplissent presque tout entière. Ces adhérences sont surtout très prononcées entre les jambes de l'étrier et les parois contiguës de la cavité du tympan. Il doit en résulter, on le comprend aisément, un trouble plus ou moins profond dans les fonctions de l'organe de l'ouïe. (T. VIII des *Transac. médic.-chirur. de Londres*, 1845.)

Symptômes et marche de l'otite aiguë. — 1° *Otite externe.* — Dans sa forme la plus légère, c'est-à-dire dans l'inflammation érysipélateuse du conduit auditif lorsque la rougeur ne s'accompagne d'aucune tuméfaction, les malades accusent dans l'oreille, de la chaleur, du prurit, quelques élancements avec des douleurs de tête, des bourdonnements, puis de la surdité. Des squames se forment, et le cérumen plus épais devient parfois brunâtre et même noir. C'est souvent à la suite de cette inflammation que se forment dans le fond du conduit auditif des espèces de bouchons ou de tampons durs comme un morceau de craie, et qu'on ne peut enlever sans douleurs ni sans grandes difficultés.

Dans une forme plus intense de l'otite le conduit auditif est le siége d'une chaleur brûlante; souvent il y a des élancements, il est plus ou moins rétréci, et on voit sur le méat des vésicules et des pustules d'un petit volume, ou des espèces de végétations fongueuses ou charnues, la peau rouge et sèche sécrète bientôt un liquide séreux ou mucoso-purulent. Cette espèce d'otite dans laquelle le tissu glandulaire est peut-être plus spécialement atteint, a été nommée *catarrhale;* elle persiste souvent des années entières sans s'étendre, dit Kramer, au-delà de l'épaisseur de la peau, sans gagner les os, sans provoquer la perforation de la membrane du tympan, qui pourtant est rouge; mais il arrive pourtant quelquefois que, sous l'influence d'un refroidissement, la phlegmasie se propage à l'oreille interne, et jusqu'au cerveau lui-même. Chez quelques sujets l'écoulement peut cesser tout à fait, de manière à faire croire à une guérison complète; mais si en pareil cas, dit Kramer, on examine le fond du conduit auditif à l'aide du spéculum, on trouve les parties intérieures toujours altérées, le fluide sécrété est plus épais : il s'accumule et se condense profondément.

Dans une troisième forme d'otite la phlegmasie devient phlegmoneuse, c'est-à-dire qu'elle gagne jusqu'au tissu cellulaire. Les malades ressentent alors des douleurs vives, lancinantes qui leur arrachent des cris; la mastication, les mouvements, l'impression du chaud et du froid les exaspèrent; l'ouïe de ce côté est diminuée ou perdue; les malades se plaignent d'éprouver des bourdonnements et des sifflements par suite du gonflement de la membrane qui obstrue ou qui oblitère le conduit. En même temps, il existe un état de malaise, quelquefois de la fièvre avec céphalalgie avec hémicrânie. Si la douleur d'oreille est très vive, et si le sujet est nerveux, il

peut survenir du délire. Cependant, vers le troisième ou quatrième jour, ces symptômes diminuent d'intensité, et cet amendement coïncide presque toujours avec l'écoulement d'un pus inodore ou fétide, qui a lieu par le conduit auditif, et qui s'arrête généralement au bout de quelques jours.

2° *Inflammation aiguë de la membrane du tympan.* — Cette maladie, dit Kramer, débute tout à coup ; elle donne lieu à une douleur plus ou moins vive, occupant le fond du méat, s'étendant au sommet du pharynx et au cou ; elle s'accompagne ordinairement de bourdonnements et de bruits variés. La membrane du tympan, mise à découvert à l'aide du spéculum, est rouge par plaques; lorsque la maladie est plus aiguë, toute la membrane est envahie; elle est d'un rouge vif et hérissée d'une foule de petites saillies glandulaires. Les douleurs sont déchirantes; l'ouïe est faible; il y a de la fièvre; la sécrétion du cérumen est suspendue. Si la maladie est mal traitée, ou si elle est abandonnée à elle-même, un écoulement puriforme, strié de sang, a lieu par l'oreille. La surdité fait des progrès, et si on examine de nouveau l'état de la membrane, on la trouve percée de plusieurs ouvertures, qui peuvent n'être pas plus larges que celles que ferait une piqûre d'épingle; mais quelquefois elles ont le diamètre d'un pois. Enfin, dans des cas plus graves encore, les deux tiers du tympan sont détruits et les débris de la membrane sont couverts d'excroissances ou de végétations. Si la maladie est convenablement traitée, la fièvre cesse, les douleurs se calment, les bourdonnements disparaissent; mais la surdité augmente en raison de l'épaississement que subit le tympan par suite d'une infiltration séreuse qui se fait entre les feuillets membraneux qui le composent. Il peut même subir la transformation cartilagineuse ou osseuse, et devient alors tout à fait insensible au contact des instruments.

3° *Inflammation catarrhale de l'oreille moyenne.* — Cette maladie, soit qu'elle n'affecte qu'une oreille, soit qu'elle atteigne les deux, ne s'accompagne généralement d'aucune douleur; mais les malades ressentent profondément, les uns des démangeaisons, d'autres des craquements : il y a des bourdonnements et de la surdité dans tous les cas. Le cathétérisme de la trompe d'Eustachi et l'insufflation de l'air sont, dit Kramer, les deux moyens indispensables pour arriver à un diagnostic certain. On ne peut, en effet, ajoute le même auteur, conserver le moindre doute sur l'existence d'un engorgement muqueux de la caisse quand l'air qui est poussé par la trompe y arrive et vient éclater derrière le tympan avec un bruit de gros râle humide. Ce diagnostic est encore bien plus positif quand, à la suite de ces phénomènes, le malade remarque qu'il entend mieux. C'est dans ces cas d'engorgement catarrhal que M. Ménière a noté, comme un phénomène constant et en quelque sorte pathognomonique, une coloration insolite de la membrane du tympan, qui d'un rouge foncé d'abord affecte bientôt une couleur plombée et même ardoisée.

L'engouement de l'oreille moyenne est une affection de longue durée; il se lie souvent à une constitution strumeuse, et succède fréquemment à une affection catarrhale de la gorge et à l'impression du froid humide.

4° *Inflammation de l'oreille interne.* — Sous le nom d'*otite interne* on comprend généralement l'inflammation du tissu cellulaire et du périoste de la caisse. Ici les accidents sont bien plus graves que précédemment. La douleur d'oreille est en effet atroce, intolérable, il y a de la fièvre, des nausées, des vomissements, une céphalalgie vive, de l'agitation, de l'insomnie, des convulsions, du délire et du coma. Ces accidents sont le plus souvent un effet purement sympathique; mais quelquefois aussi ils indiquent une complication inflammatoire du côté des méninges ou du cerveau. La maladie se termine rapidement par suppuration. Lorsque du pus est accumulé dans la caisse du tympan, on peut, en auscultant l'oreille, entendre souvent pendant les violents efforts d'expiration, et lorsque l'air de la trompe traverse le liquide, une sorte de râle sous-crépitant, et parfois même un véritable gargouillement (Ménière). Cependant le pus, après être resté plus ou moins longtemps emprisonné dans l'oreille, finit par se frayer une issue au dehors; souvent il s'échappe brusquement et comme par flot par le conduit auditif externe, après avoir perforé la membrane du tympan; plus rarement il s'écoule par la trompe d'Eustachi, les malades rejettent alors par expuition une matière puriforme, ce qui entretient dans leur bouche une saveur et une odeur désagréables. Enfin, l'apophyse mastoïde peut se carier et se perforer; le pus alors s'échappe par cette voie, après avoir produit un abcès extérieur. La suppuration a plus de tendance à perforer le tympan et à s'écouler par le conduit auditif externe qu'à s'échapper par la trompe, parce que, d'après la remarque d'Itard dans les maladies de l'oreille moyenne, la trompe participe à l'affection au moins neuf fois sur dix. Nous devons noter encore que, lorsque le pus se fraie une issue à travers l'apophyse mastoïde, il arrive parfois, ainsi que l'a noté J.-L. Petit, que l'abcès disparaît au moment où on s'apprête à l'ouvrir, mais il reparaît avec la même facilité, et cela presqu'à volonté, en faisant souffler avec force le malade, tandis que la bouche et les narines sont maintenues fermées.

Durée, terminaisons. — L'otite peut durer cinq ou six jours; d'autres fois elle se prolonge pendant un mois : au-delà de cette époque, on dit qu'elle est chronique. La forme catarrhale est celle qui a le moins de tendance à se terminer spontanément par la guérison. Lorsque l'inflammation n'atteint que le conduit externe, les malades guérissent complétement : cependant il arrive parfois qu'ils conservent pendant longtemps un peu de dureté de l'ouïe, ce qui dépend probablement de l'épaississement de la membrane tympanique. Mais, à la suite de l'otite interne, il est rare que les malades ne restent pas avec une ouïe dure; souvent même ils sont complétement sourds. Quelques uns succombent à la violence des accidents cérébraux.

Symptômes, marche et suites de l'otite chronique. — L'otite chronique peut succéder à l'état aigu ou bien être primitive. Comme l'inflammation aiguë, elle peut être *externe* ou *interne*, être bornée à la peau du cou ou intéresser aussi la membrane tympanique. Souvent il n'y a aucune douleur, la maladie ne consiste qu'en un écoulement d'un pus jaune ou gri-

sâtre, abondant, accompagné de bruissement et de dureté de l'ouïe. Si la membrane du tympan est affectée, le *speculum oris* la fait voir opaque, épaissie, inégale, souvent elle est perforée, surtout au-devant ou au-dessous de la longue branche du marteau. Lorsque cette altération existe on voit l'air sortir en bouillonnant ou avec sifflement par le conduit auditif externe aussitôt qu'on fait souffler fortement le malade, comme dans l'action de se moucher; il faut avoir soin alors de serrer le nez entre ses doigts pour empêcher l'air de sortir par les narines, et pour le forcer à s'insinuer dans l'oreille par l'ouverture de la trompe d'Eustachi. Si l'oreille interne est envahie, l'ouïe est presque toujours entièrement perdue, à cause des graves désordres qui existent : ainsi la suppuration est plus abondante; elle est grisâtre, sanieuse, noirâtre, fétide, mêlée à des fragments d'os, qu'on reconnaît pour être le plus souvent les osselets de l'ouïe, cariés ou nécrosés. Si le rocher est altéré, on finit par observer divers accidents cérébraux : ainsi quelques malades ont une paralysie faciale lorsque la lésion, occupant l'aqueduc de Fallope, le nerf moteur de la face qui le traverse se trouve comprimé et quelquefois même détruit. Si le rocher est altéré dans toute son épaisseur, des symptômes cérébraux plus graves ne tardent pas à se manifester, tantôt d'une manière aiguë s'il y a encéphalite ou méningite, tantôt lentement si un abcès enkysté se forme. Dans l'un et l'autre cas, la sécrétion du pus diminue ordinairement, ce qui s'explique par le travail inflammatoire du cerveau, qui agit sur l'oreille comme moyen révulsif. C'est dans ces mêmes cas que M. Bruce, de Liverpool, a vu survenir quelquefois l'inflammation des sinus de la dure-mère, ce qu'on concevra aisément si on se rappelle les rapports des sinus pétreux avec l'angle supérieur du temporal, et lorsqu'on voit que les sinus latéraux logés dans une gouttière profonde de la face postérieure de l'os ne sont séparés que par une légère cloison osseuse des cellules mastoïdiennes et de la cavité du tympan.

On a décrit une espèce d'otite chronique qu'on nomme *sèche*, parce qu'elle ne s'accompagne d'aucune sécrétion morbide. Dans ce cas, le conduit auditif externe est d'un rouge vif et ne sécrète plus de cérumen ; on n'y trouve plus que quelques écailles, et il est le siége habituel d'une douleur prurigineuse; l'ouïe est plus ou moins altérée. Si l'otite est interne, les malades ressentent une gène profonde dans l'oreille; l'ouïe est dure, et on constate en outre les divers phénomènes dont nous parlions tantôt, en traitant de l'inflammation catarrhale de l'oreille moyenne.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'otite externe ne peut présenter aucune difficulté. Cependant on voit assez souvent commettre des erreurs grossières. Fréquemment, en effet, on regarde comme atteints de surdités incurables des individus qui, par suite d'une otite superficielle, ont dans le fond du conduit auditif un amas de matière cérumineuse plus ou moins desséchée, et qui, mêlée à des lamelles épidermiques et à des poils courts et roides, forme un bouchon qui rend l'ouïe dure, ou qui même l'abolit tout à fait. Pour découvrir ce corps étranger et l'état anatomique de la membrane du conduit, il suffit souvent, comme le dit Kramer, de tirer

l'oreille en haut et en arrière, et d'exposer l'orifice du méat aux rayons du soleil. Mais mieux vaut encore se servir du *speculum oris* qui fait aisément découvrir la cause de la surdité.

L'inflammation de la membrane du tympan surtout à l'état chronique, est presque toujours méconnue, parce que rarement on examine l'organe malade, et cependant ce n'est que par l'application du spéculum qu'on peut arriver à la constatation de la lésion. Lorsqu'en effet il n'y a encore aucun écoulement, la violence de la douleur et les accidents cérébraux qui existent pourraient faire croire à une méningite. Mais, dans l'otite, la douleur, quelque générale qu'elle soit, siège surtout dans l'oreille. La pression exercée sur l'os temporal et surtout sur l'apophyse mastoïde l'exaspère; il en est de même des mouvements de la mâchoire. Les bourdonnements d'oreilles, la surdité et les résultats d'auscultation permettent aussi d'établir le diagnostic de la maladie. Ces caractères différencient encore l'otite de l'*otalgie*, sorte de névralgie d'un des nerfs de l'oreille (nerf acoustique, corde du tympan, rameau anastomotique de Jacobson); car dans l'otalgie il y a une douleur vive, atroce, qui se développe subitement et cesse de même. Lorsque du pus s'échappe au dehors, on ne peut plus conserver de doute sur la nature de la maladie : cependant il importe d'être prévenu que la suppuration peut s'échapper par la trompe d'Eustachi. Disons pourtant ici que l'otalgie est une maladie excessivement rare, si rare qu'un homme d'une vaste expérience comme le docteur Kramer, a pu en contester même l'existence. Ce célèbre médecin auriste déclare en effet n'avoir jamais vu de douleurs aiguës dans les oreilles qui ne dépendissent de phénomènes inflammatoires bien reconnaissables, soit aux parois du méat, soit à la membrane du tympan. De là la nécessité dans tous les cas de douleurs d'oreille, et généralement dans tous les troubles de l'ouïe, d'explorer l'organe à l'aide du spéculum. Il importe encore, pour le pronostic, de déterminer avec le plus grand soin l'étendue des désordres. Pour y parvenir, on n'a qu'à se rappeler ce que nous avons dit plus haut sur les signes qui annoncent la perforation du tympan et la carie du rocher.

Pronostic. — L'otite externe est surtout grave parce qu'elle amène souvent à sa suite une otite interne. Celle qui est partielle, qui se concentre au fond du méat, au pourtour de la membrane du tympan, est souvent incurable, car celle-ci est fréquemment épaissie et indurée ou perforée. L'otite interne constitue toujours une affection fâcheuse, puisqu'elle occasionne presque nécessairement une infirmité incurable et que souvent elle a une issue funeste.

Étiologie. — L'otite affecte surtout les enfants et les jeunes gens. On dit que les scrofuleux y sont plus prédisposés; mais les nombreux écoulements d'oreille qu'on observe chez eux ne dépendent pas toujours d'un travail inflammatoire; ils sont plus souvent l'effet d'une simple sécrétion morbide, d'un catarrhe, ou bien ils dépendent d'une altération des os, semblable à celle qu'on observe dans plusieurs autres parties du corps, et à laquelle l'inflammation est tout à fait étrangère. Il est plusieurs maladies

vers le déclin desquelles l'otite survient très fréquemment : ce sont surtout la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire. Dans la plupart des cas, l'otite arrive d'une manière spontanée ou sous l'influence de causes toutes locales, telles que l'impression d'un courant d'air froid reçu sur l'oreille, l'accumulation du cérumen, l'introduction d'un corps étranger, certaines opérations pour détruire des végétations et des polypes. Itard et quelques médecins après lui ont cru qu'un abcès primitivement développé dans le cerveau pouvait, en s'ouvrant dans l'oreille interne, enflammer celle-ci et produire une variété d'otite qu'on a nommée *otorrhée cérébrale ;* mais des faits plus sévèrement observés ont prouvé que, loin d'être cause de l'otite, l'abcès cérébral n'était qu'une lésion consécutive à l'inflammation de l'oreille et à la carie du rocher.

Traitement. — L'otite érysipélateuse n'exige guère que l'emploi de quelques injections émollientes. Lorsqu'elle a eu pour résultat la production d'un tampon cérumineux oblitérant tout à fait le conduit auditif, il ne faut point vouloir enlever celui-ci d'emblée avec des pinces, car on déterminerait de vives douleurs et on opérerait des déchirements; mais il faut pousser dans l'oreille, à l'aide d'un clysopompe, un jet d'eau assez fort, pour ramollir la masse, qui en effet se détache bientôt d'elle-même et sort tout d'une pièce ou par fragments; aussi la surdité cesse-t-elle à l'instant. Mais comme, au-dessous de la concrétion, la membrane du conduit reste toujours rouge et sensible, il faut pendant plusieurs jours de suite renouveler les injections émollientes en rendant celles-ci légèrement résolutives par l'addition d'une petite quantité de sous-acétate de plomb.

A l'otite plus aiguë il faut opposer un traitement antiphlogistique. Au début, on peut, si la phlegmasie est de médiocre intensité, se borner à faire quelques injections émollientes, à appliquer des cataplasmes calmants sur l'organe, à donner des pédiluves irritants. Mais si la douleur est très vive, il est indiqué d'appliquer avant tout un certain nombre de sangsues sur l'apophyse mastoïde, et à la tempe, et, s'il y a beaucoup de fièvre, on ouvrira la veine du bras. Kramer blâme en pareil cas les injections opiacées préconisées par quelques personnes. Les moyens qui précèdent, auxquels on associera les évacuants intestinaux et surtout les drastiques, ainsi que les révulsifs sur la peau de la région mastoïdienne, conviendront aussi dans l'inflammation de la membrane du tympan ainsi que dans l'otite interne. Il faudra seulement dans celle-ci pousser le traitement avec beaucoup d'activité, et se conduire comme on le ferait vis-à-vis d'une maladie grave pouvant entraîner rapidement la mort. Lorsque la suppuration s'est accumulée dans l'oreille interne, il faut se hâter de l'évacuer en raison des graves désordres qui peuvent en résulter. On a proposé dans ces cas de désobstruer le conduit d'Eustachi, de perforer l'apophyse mastoïde ou la membrane du tympan; ce dernier moyen est généralement celui qu'on préfère. La perforation de l'apophyse mastoïde a été à peu près abandonnée depuis les trois insuccès d'Itard : cependant M. Dezeimeris, relevant les principaux cas de cette opération dont les résultats sont connus, a vu que sur quatorze perforations il y en avait eu neuf qui avaient réussi. Quoi

qu'il en soit, l'abcès une fois ouvert, on favorise la sortie du pus par la position et les injections. Celles-ci n'ont pas grande utilité dans l'otorrhée purulente : elles ne servent guère, en effet, qu'à entraîner le pus. Elles devront presque toujours être émollientes ou légèrement détersives ; les liquides irritants ou astringents, qu'on emploie souvent trop tôt, ont fréquemment pour résultat de faire naître des accidents aigus. Cependant, dans l'otite catarrhale, lorsque la peau du méat est seulement rouge mais sans érosion ni vésicule ni fongosités, Kramer se loue beaucoup alors des injections saturnines (5 cent. à 5 déc. s.-acét. de plomb pour 30 gram. d'eau). Quant aux huileux, qui sont d'un usage si général, il faut s'en abstenir ; car l'huile, en rancissant, devient irritante, et en se concrétant elle forme obstacle à l'écoulement du pus, ce qui est toujours une circonstance fâcheuse. Pour modifier l'état des surfaces suppurantes, on devra surtout espérer de bons effets d'une médication révulsive : ainsi on commencera, pour l'otite externe, à appliquer un vésicatoire derrière l'oreille ou à la nuque ; mais dans l'otite interne, ce moyen est insuffisant, et il convient de le remplacer par un séton. Il faudra en même temps donner à l'intérieur les médicaments propres à combattre certains états généraux qui peuvent à eux seuls produire ou entretenir l'otorrhée ; telle est en particulier la constitution scrofuleuse, à laquelle on opposera les moyens appropriés. S'il y a carie des os, on essaiera également l'usage des eaux minérales, alcalines et sulfureuses à l'intérieur, et à l'extérieur, en bains, injections et douches. Contre l'otite sèche, si elle occupe le conduit auditif externe, on opposera les injections sédatives, mucilagineuses, puis légèrement alcalines ; si ces moyens échouent, on modifiera l'état des surfaces par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Enfin à l'engorgement chronique de l'oreille moyenne on opposera le cathétérisme de la trompe d'Eustachi avec insufflation d'air.

INFLAMMATIONS DES ORGANES DE LA SÉCRÉTION ET DE L'EXCRÉTION URINAIRES.

DE L'INFLAMMATION DES REINS.

Jusque dans ces derniers temps on a compris sous le titre de *néphrite* les inflammations aiguës et chroniques des divers tissus qui entrent dans l'organisation des reins. Cependant les recherches des observateurs modernes, particulièrement celles de Bright et de Christison en Angleterre, ainsi que les beaux travaux de M. Rayer en France, ont démontré que l'inflammation pouvait affecter des siéges différents. C'est ainsi qu'on la voit envahir isolément les substances corticale et tuberculeuse, ou bien la membrane des uretères et des bassinets : on nomme la première *néphrite*, et l'on réserve à la seconde la dénomination de *pyélite*. Ces deux espèces d'inflammations coexistent souvent chez le même individu, et peuvent se montrer l'une et l'autre à l'état aigu et à l'état chronique. Les auteurs, et M. Rayer surtout, ont encore admis plusieurs espèces ou variétés d'inflammations rénales, en ayant surtout égard aux causes qui les produisent

ou aux circonstances dans lesquelles elles se développent; mais ces distinctions nous ont paru peu importantes : aussi n'en tiendrons-nous aucun compte ici. Quant à la maladie à laquelle le docteur Bright a donné son nom, et que quelques auteurs ont considérée comme une variété d'inflammation rénale, nous en renvoyons l'étude à la fin du t. II; car nous ne saurions désormais considérer cette maladie autrement que comme une lésion de nutrition spéciale au tissu des reins, et à la production de laquelle l'inflammation n'a aucune part.

DE LA NÉPHRITE.

Caractères anatomiques. — Dans le premier degré de l'inflammation, on trouve les reins augmentés de volume, en totalité ou en partie, suivant que la maladie est générale ou partielle. A l'extérieur de l'organe existe une coloration qui varie du rouge au brun foncé : elle est uniforme ou bien elle est disposée par plaques, par arborisations fines ou par piquetés, dans l'intervalle desquels on distingue à l'œil nu ou à la loupe une foule de petits points. Ceux-ci sont d'un rouge vif, plus rarement ils sont noirs, et ne font aucun relief; disposés en lignes, ils sont rarement groupés entre eux; ils sont visibles à la coupe de la substance corticale, mais ils existent surtout à la surface de l'organe. Ces corps ne seraient autre chose, d'après M. Rayer, que les glandules de Malpighi très injectées. En divisant les reins longitudinalement et dans toute leur épaisseur, on reconnaît que les substances tubuleuse et corticale ont plus de consistance; elles sont ordinairement friables, plus rarement on les trouve ramollies; elles sont, en outre, d'un rouge plus ou moins foncé, à cause de la grande quantité de sang qu'elles contiennent, et qu'on voit s'écouler, lorsqu'on incise l'organe ou bien lorsqu'on le presse entre les doigts. A côté de ces parties injectées, M. Rayer en a quelquefois trouvé d'autres où la substance des reins était anémique; mais cette altération se rencontre plus communément dans l'affection qu'on nomme maladie de Bright. Les lésions que je viens d'énumérer constituent le premier degré de la néphrite. Il est cependant assez rare de les observer, attendu que l'inflammation des reins n'a une issue funeste qu'à une époque plus avancée, et lorsque la suppuration est déjà formée dans les tissus. Dans ce cas, le pus se rencontre surtout dans la substance corticale; il y est rarement infiltré, mais presque toujours on le trouve réuni en petits foyers solitaires ou multiples, du volume d'un pois ou d'une noisette. Plusieurs de ces abcès peuvent former par leur réunion une collection plus vaste. Toutefois l'espèce de néphrite que nous étudions actuellement produit rarement des abcès très étendus. Les vastes suppurations qui occupent tout un rein dépendent bien moins, comme l'a démontré M. Rayer, d'une néphrite simple que d'une inflammation primitivement développée dans les calices et dans le bassinet (voir plus bas *Pyélite*). L'habile observateur que je viens de citer dit également qu'au lieu de pus on peut trouver dans un rein enflammé un simple dépôt de lymphe plastique semblable à celui que nous avons signalé dans la splé-

nite. Cette altération serait presque constante, d'après M. Rayer, dans la néphrite qu'il nomme *rhumatismale*. La gangrène des reins est une altération qui, jusqu'à présent, a été à peine observée. On la reconnaîtra à la couleur livide, brunâtre, des tissus, à leur ramollissement, et surtout à l'odeur caractéristique qu'ils exhalent.

Lorsque la néphrite simple existe à l'état chronique, les reins ont le plus souvent un volume moins considérable; ils sont atrophiés, durs, plus pesants; leur surface, plus ou moins marbrée, bleuâtre, ardoisée, quelquefois presque pâle et comme anémique, est marquée par des dépressions, dont quelques unes sont le résultat de cicatrices, ou par des saillies. Celles-ci sont constituées, tantôt par la substance corticale, qui semble avoir subi dans ce point un peu d'hypertrophie; d'autres fois, elles sont formées par un épanchement de matière fibrineuse dans l'interstice des tissus.

Symptômes, *marche*. — Suivant M. Rayer, l'invasion de la néphrite aiguë serait presque toujours marquée par un frisson plus ou moins prolongé; la douleur le suit de près. Celle-ci est communément sourde, continue, profonde, et ne se réveille parfois que lorsqu'on comprime fortement la région rénale. Elle peut occuper un seul rein ou bien les deux à la fois: dans ce dernier cas, elle prédomine dans un des côtés; la pression l'exaspère presque toujours. Il en est de même fort souvent des mouvements de flexion du tronc, des secousses de la toux et du décubitus en supination. Fixée presque toujours au niveau de l'organe malade, elle s'irradie souvent vers le diaphragme, mais surtout vers les uretères, la vessie, les testicules ou les aines, où elle retentit d'une manière très pénible. Quoique, dans la plupart des cas, les reins enflammés soient en même temps augmentés de volume, cependant il est rare qu'ils forment une tumeur appréciable par le palper de l'abdomen, et même par la percussion. Par ce dernier mode d'exploration on peut pourtant les circonscrire quelquefois assez exactement, pourvu toutefois que la paroi abdominale antérieure, peu épaisse et très flasque, se laisse assez déprimer pour permettre d'arriver sur l'organe malade. L'urine est toujours altérée dans sa quantité et ses qualités: ainsi elle est communément moins abondante; elle peut même cesser momentanément d'être sécrétée non seulement lorsque les deux reins sont affectés simultanément, mais encore lorsqu'un seul est malade, ce qui s'explique par la sympathie que le rein affecté exerce sur son congénère. Examinée quant à ses propriétés physiques et chimiques, l'urine dans la néphrite simple est parfois un peu sanguinolente, ce qui lui donne alors une couleur foncée; l'acide nitrique et la chaleur y dévoilent assez souvent la présence de l'albumine; mais ce produit n'y existe ordinairement qu'en petite quantité et d'une manière tout à fait passagère. L'urine dont nous parlons est à peine acide; souvent elle est neutre, ou même alcaline, et contient moins d'acide urique et d'urates qu'à l'état normal. On y rencontre aussi des dépôts muqueux ou purulents, ce qui, d'après M. Rayer, indique bien moins une phlegmasie des substances corticale et tubuleuse

que celle des calices, du bassinet, des uretères et de la vessie. Dans la néphrite, l'urine n'a donc aucun caractère constant, et par conséquent caractéristique.

La néphrite s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, et proportionné à l'intensité de la maladie; presque toujours aussi on remarque quelque dérangement du côté des fonctions digestives, comme une bouche mauvaise, des nausées, des envies de vomir et de la constipation. Rarement il existe des accidents graves de malignité ou de putridité, comme le coma, le délire, la prostration, les dents et la langue fuligineuses, et des redoublements fébriles simulant des accès de fièvre rémittente pernicieuse. De pareils accidents sont, en effet, excessivement rares; on ne les observe guère que dans les cas où, la néphrite étant double, la sécrétion urinaire est suspendue. On conçoit qu'il doit en être de même dans les cas où, un rein unique existant, l'inflammation vient à l'envahir dans sa totalité.

Terminaisons, durée. — La néphrite se termine ordinairement par résolution; on voit alors les symptômes précédemment énumérés disparaître peu à peu, et la sécrétion urinaire revenir à son état physiologique. La maladie a alors une durée qui varie entre sept et quinze jours. La terminaison par suppuration n'est guère annoncée que par des signes rationnels, tels que la persistance de la fièvre, les redoublements nocturnes, les frissons irréguliers, les sueurs, et les accidents typhoïdes. La présence du pus dans l'urine, que beaucoup de personnes signalent comme un phénomène constant, est, par contre, assez rare. D'ailleurs elle indique peut-être moins une néphrite parenchymateuse qu'une inflammation primitive ou consécutive du calice ou des bassinets. Dans les cas rares où la néphrite se termine par gangrène, les symptômes typhoïdes sont encore plus marqués; la prostration est extrême; l'urine est noire, fétide : on l'a comparée alors à de l'eau de fumier.

Enfin l'inflammation passe souvent à l'état chronique. Nous avons vu dans ce cas que le tissu rénal était atrophié ou induré; mais on n'est pas encore fixé sur la nature des accidents qu'on observe alors. Quelques malades éprouvent une douleur habituelle dans les reins; leur urine est peu acide; parfois elle est neutre ou même alcaline; les extrémités inférieures sont faibles; enfin ils maigrissent, et leur constitution s'altère. Cependant, dans une foule de cas, les lésions qui caractérisent la néphrite chronique existent sans exciter aucun trouble bien appréciable dans la santé, et, comme le dit avec raison M. Rayer, il est impossible d'établir aujourd'hui jusqu'à quel point l'induration rénale doit être portée pour être incompatible avec l'exercice à peu près régulier de la sécrétion urinaire. Quoi qu'il en soit, il résulte surtout des recherches de M. Rayer que dans la néphrite chronique, telle que nous la comprenons ici, les urines ne sont presque jamais purulentes; l'état trouble qu'elles présentent souvent dépend de la grande quantité de phosphates qui y sont suspendus. La néphrite chronique a une durée longue et toujours indéterminée; elle offre souvent des exacerbations.

Diagnostic. — Une douleur plus ou moins vive au niveau des reins, la diminution de la sécrétion urinaire, l'état alcalin ou neutre de l'urine, ou tout au moins une diminution dans l'acidité de ce liquide, sont, avec la fièvre, les frissons d'invasion et les troubles des organes digestifs, les seuls signes qui puissent indiquer une inflammation aiguë de la substance des reins. L'existence de l'inflammation chronique sera surtout déterminée par la présence d'une urine alcaline; car, quoique l'alcalinité de ce liquide se rencontre dans quelques circonstances, notamment chez les sujets affaiblis par l'abstinence, cependant il résulte des recherches de M. Rayer qu'une urine alcaline, décolorée, rendue trouble par le dépôt des phosphates au moment de son émission, est, dans la plupart des cas, l'indice d'une inflammation chronique des reins. Nous verrons bientôt en quoi la néphrite simple diffère de la pyélite. Je renvoie également aux articles *Calculs urinaires et hépatiques*, aux articles *Lumbago*, *Péritonite* et *Maladie de Bright*, pour compléter le diagnostic différentiel de la néphrite.

Pronostic. — La néphrite simple survenant chez un sujet bien portant est communément une affection peu grave, dont l'issue est presque toujours favorable; mais il n'en est plus de même dans les cas où les deux reins sont simultanément atteints, surtout lorsque la phlegmasie survient consécutivement à quelque grave altération des voies urinaires.

Étiologie. — La néphrite, rare dans l'enfance, plus commune chez les adultes, et surtout chez les vieillards, affecte un plus grand nombre d'hommes que de femmes. Il est douteux que le rein gauche soit plus sujet à s'enflammer que le droit. Elle peut être tout à fait spontanée; mais le plus souvent elle succède à une violence extérieure (plaie, contusion), ou bien elle est produite par d'autres causes qui agissent mécaniquement: tels sont les calculs dans les calices et dans le bassinet, ou bien une accumulation insolite d'urine dans ces parties, par suite de quelque obstacle à son écoulement situé sur un des points des voies urinaires. L'administration et même l'abus des diurétiques est une cause fort rare de néphrite; il en est de même des refroidissements. Nul doute que la néphrite ne survienne quelquefois dans le cours des autres maladies aiguës et chroniques; mais si on excepte les affections des voies urinaires qui peuvent avoir une influence directe dans sa production ainsi que l'infection purulente du sang, nous n'en voyons aucune autre qui prédispose manifestement à la néphrite. Nous croyons surtout, contrairement à M. Rayer, que la néphrite est très rare dans le cours de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire. Quant aux souffrances rénales qu'on observe chez quelques goutteux, il n'est pas encore démontré qu'elles dépendent, ordinairement du moins, d'une inflammation, soit aiguë, soit chronique, du tissu des reins.

Traitement. — A la néphrite aiguë il faut opposer un traitement antiphlogistique dont l'énergie sera proportionnée à l'intensité de la phlegmasie: ainsi on pratiquera une ou plusieurs saignées générales et locales; on couvrira les lombes de cataplasmes émollients; on plongera les malades dans un bain tiède prolongé; on donnera des boissons douces, mucilagi-

neuses, et on opérera une légère révulsion sur le tube digestif à l'aide de purgatifs doux. Si les accidents typhoïdes étaient un obstacle absolu à l'administration des antiphlogistiques, si la prostration était grande, il n'y aurait d'autre indication qu'à soutenir les forces par l'emploi des toniques et des cordiaux. Mais presque toujours ces moyens sont impuissants pour prévenir une terminaison funeste.

Lorsque la maladie a passé à l'état chronique, il peut être utile de recourir à une émission sanguine locale, si aucun traitement n'a encore été employé ; mais il faut alors insister spécialement sur la médication révulsive : ainsi des vésicatoires, et mieux encore un ou plusieurs cautères ou moxas, seront placés sur la région lombaire ; si la constitution est affaiblie, on tâchera de la fortifier par les amers, par les martiaux, par une nourriture analeptique. A l'aide de ces moyens, on fera cesser bien plus sûrement l'alcalinité de l'urine, et on préviendra plus sûrement la précipitation des phosphates qu'on ne le ferait par l'usage des acides végétaux et minéraux, qu'on a conseillés en pareil cas, et dont l'utilité est contestable. En même temps le corps sera couvert de flanelle de la tête aux pieds, et on placera les malades dans les meilleures conditions hygiéniques; enfin, on veillera à ce que l'urine séjourne le moins possible dans ses réservoirs. Si, par exemple, un rétrécissement de l'urètre ou l'hypertrophie de la prostate s'opposaient à son excrétion, on devrait pratiquer fréquemment le cathétérisme. Lorsque des accidents aigus surviennent, il faut les combattre par une application de ventouses, et suspendre momentanément la médication tonique.

DE LA PYÉLITE.

Sous le titre de *pyélite* (πύελος, *pelvis*), M. Rayer a décrit l'inflammation aiguë et chronique du bassinet et des calices. On en distingue deux espèces principales, qui sont : 1° la pyélite produite par la présence d'un corps étranger (calculs, vers, acéphalocystes, etc.) ; 2° la pyélite qui survient sans le concours de cette cause. Mais celle-ci est tellement rare qu'on pourrait presque décrire la pyélite comme une forme de néphrite, qu'on nommerait *calculeuse*, maladie sur laquelle M. Chomel a publié, en 1837, un travail important dans les *Archives de médecine*.

Caractères anatomiques. — Dans la pyélite aiguë, on trouve la membrane muqueuse des calices et des bassinets injectée, rouge, épaissie, friable, ramollie, ulcérée ou tapissée de productions pseudo-membraneuses. Le tissu cellulaire subjacent est quelquefois infiltré de sérosité ; les bassinets et les calices, plus ou moins élargis, contiennent de l'urine mêlée ordinairement à une certaine quantité de sang ou de mucus purulent; on y trouve aussi le plus souvent du sable, des graviers ou des calculs.

Dans la pyélite chronique, la membrane muqueuse est d'un blanc mat ou ardoisée ; sa surface est parfois hérissée de petites vésicules semblables à des sudamina ; elle offre un épaississement qui peut être assez considérable pour oblitérer les calices ; enfin, on la trouve quelquefois ulcérée, plus rarement gangrenée. La maladie étant presque toujours symptoma-

tique de la présence de graviers ou de calculs, on rencontre ces corps étrangers accumulés en plus ou moins grand nombre dans le bassinet, dans le calice, et même dans l'uretère. Presque toujours, par suite de leur volume et de l'obstacle qu'ils apportent à l'écoulement de l'urine, les calices et le bassinet se dilatent ; puis, par la pression constante que l'urine et le pus accumulés exercent de dedans en dehors, la substance rénale, finit par participer à l'inflammation ; d'autres fois, elle y reste étrangère, mais elle s'atrophie. Dans ces deux cas, le rein finit par être transformé en une vaste poche multiloculaire pleine de pus, d'eau, de graviers, de calculs. Chacune des loges est formée par l'ampliation des calices, qui rarement communiquent directement entre eux, mais seulement à l'aide du bassinet énormément distendu. Ces graves altérations peuvent cependant exister dans le rein, bien qu'on ne rencontre aucun calcul dans cet organe ; mais le corps étranger, cause première de toutes les lésions qu'on observe, se trouve souvent alors dans la vessie, et la dilatation considérable que l'uretère correspondant a subie est une preuve certaine que la concrétion lithique y a séjourné plus ou moins longtemps. Le rein ainsi altéré a contracté des adhérences avec les parties voisines ; sa cavité peut communiquer avec le tissu cellulaire ambiant et avec le colon ; à gauche avec la plèvre et le poumon, à droite avec des abcès développés dans le foie. Dans la plupart des pyélites chroniques graves, l'une des substances rénales, et souvent les deux à la fois, sont enflammées et suppurées (*pyélo-néphrite*) ; car l'inflammation, primitivement bornée au bassinet et aux calices, a une grande tendance à se propager à la substance des reins, tandis que le contraire n'a presque jamais lieu (Rayer). Enfin, dans des cas où le rein, n'ayant pas subi une grande distension, est revenu sur lui-même, et lorsque les individus se sont rétablis, on trouve cet organe transformé en une poche cellulo-fibreuse, logeant un calcul ; les vaisseaux sont en outre oblitérés, c'est-à-dire que l'individu a vécu alors avec un seul rein. M. Chomel a cité dans son Mémoire un fait de ce genre, qui est sans contredit un des plus curieux qu'on connaisse.

Symptômes. — La pyélite reconnaissant presque toujours pour cause la présence d'un calcul et son déplacement, on s'expliquera pourquoi, contrairement à la plupart des autres phlegmasies, on observe si rarement des prodromes. Le début de l'affection est, en effet, presque toujours brusque, et marqué par cette réunion de symptômes que nous décrirons dans le *tome suivant* comme caractérisant les accès de colique néphrétique. Toutefois ces accidents n'appartiennent pas précisément à un travail inflammatoire, puisqu'il suffit que le corps étranger soit expulsé ou déplacé pour qu'ils disparaissent presque instantanément. Mais pour peu qu'ils se prolongent, on voit bientôt des signes d'inflammation survenir. En général alors, la douleur diminue d'intensité ; les malades n'accusent plus qu'un sentiment de pesanteur ; quelquefois pourtant la douleur se réveille, plus vive, par instants tantôt spontanément, le plus souvent pendant les mouvements, les secousses de la toux ou par la pression qu'on exerce sur le rein malade. L'urine est très variable : souvent, en effet, elle ne diffère

pas de l'urine normale; d'autres fois, elle est sanguinolente, chargée de mucus, qui se dépose à sa surface par le refroidissement; presque toujours elle est acide, à moins que les reins ne contiennent des calculs phosphatiques; dans ce cas, elles sont troubles et alcalines au moment de l'émission. En même temps, divers phénomènes sympathiques ont lieu, surtout du côté des organes digestifs et circulatoires : ainsi les malades ont perdu l'appétit; la plupart ont des nausées, des vomissements bilieux, de la constipation, une certaine accélération du pouls, une chaleur fébrile et du malaise.

Marche, terminaisons.—Souvent il suffit que le corps étranger se déplace ou qu'il soit expulsé, pour que la phlegmasie se termine par résolution; mais d'autres fois le malaise persiste; bientôt il s'y joint aussi quelques frissons irréguliers, et la région rénale devient le siége de douleurs pulsatives et d'un engourdissement qui se prolonge parfois vers le membre correspondant. Quelques malades éprouvent des hématuries abondantes; chez la plupart, les urines sont seulement troubles, lactescentes, et contiennent une plus ou moins grande quantité de pus. Après avoir rendu pendant quelque temps des urines purulentes mêlées souvent à des graviers, beaucoup de ces malades se rétablissent; mais il est rare que les mêmes accidents ne se reproduisent pas au bout d'un temps plus ou moins long; enfin, après plusieurs de ces espèces de rechutes, les individus dépérissent et succombent.

Les accidents suivent, en général, une marche continue et progressivement croissante. Lorsque toute communication a cessé entre le rein et la vessie, le premier de ces organes peut être distendu par le pus et former une tumeur bosselée, fluctuante, qu'on sent dans le flanc; elle déforme et élargit la région lombaire correspondante, et vient parfois faire saillie jusque dans la fosse iliaque et supérieurement vers l'hypochondre. On dit avoir, en pareil cas, senti plusieurs fois dans la tumeur un frémissement particulier produit par la collision des calculs. Quoi qu'il en soit, beaucoup de ces malades, épuisés par les souffrances et par la fièvre hectique qui les minent, succombent sans que leur urine ait jamais été purulente; chez la plupart, du pus est excrété avec ce liquide. L'écoulement du pus dans la vessie peut être continu, mais il est intermittent, si un obstacle s'oppose momentanément à son excrétion; dans ce dernier cas, l'urine rendue à différentes époques de la journée a des qualités différentes. Quand le pus est rendu en grande quantité à la fois, on observe communément un affaissement considérable de la tumeur; puis celle-ci reprend son volume aussitôt que le liquide s'est reproduit. Nous avons vu que ces abcès pouvaient aussi se faire jour dans le colon, dans le duodénum et l'estomac. Dans les deux premiers cas, le pus s'échappe par les selles; dans le second, il est rejeté par le vomissement; plus rarement il perfore le diaphragme et le poumon gauche pour être expulsé au dehors de la même manière que le sont les vomiques. L'abcès peut s'ouvrir encore dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire qui entoure le rein : dans le premier cas, on observe des accidents de péritonite suraiguë et mortelle en peu d'heures; dans le second, il y a souvent des signes d'une phlegmasie diffuse dans la région

lombaire, dans le flanc et à l'hypogastre. Le pus peut se frayer encore une route à travers les parois abdominales elles-mêmes; quelquefois fusant au loin, il va former de véritables abcès par congestion au voisinage des anneaux inguinal et crural. Quelquefois, enfin, l'abcès s'ouvre successivement dans plusieurs des points que je viens d'indiquer, et alors on voit le pus s'échapper simultanément par les deux voies, ou bien cette excrétion se fait alternativement par l'une et par l'autre. Quel que soit d'ailleurs le mode d'évacuation que la nature ait choisi, toutes les fois que le pus s'échappe au dehors, les malades sont momentanément soulagés; mais ils ne tardent pas à succomber dans le dernier degré de marasme (phthisie rénale), à moins que quelque complication ne vienne hâter le terme fatal. Il est peut-être sans exemple que l'abcès rénal qui a produit les désordres dont nous avons parlé ait jamais guéri; il n'en est plus de même lorsque l'abcès a été assez peu considérable pour ne pas former de tumeur appréciable. Mais chez les individus qui se rétablissent complétement après avoir rendu du pus pendant longtemps, il ne faut pas supposer qu'il y a eu guérison complète, et que le rein, revenu à son état physiologique, ait repris ses fonctions; loin de là, car, dans ce cas, l'organe malade s'est atrophié, et s'est converti en une coque fibreuse ou fibro-cartilagineuse au centre de laquelle est un calcul plus ou moins volumineux. La sécrétion urinaire se fait donc alors uniquement par le rein opposé, celui-ci a souvent acquis un volume plus considérable en rapport avec l'activité plus grande de ses fonctions. On conçoit que si, dans ces cas de rein unique, un calcul subitement engagé dans l'uretère venait à suspendre pendant quelques jours la sécrétion urinaire, la mort arriverait nécessairement au milieu d'accidents typhoïdes et cérébraux.

Diagnostic. — La pyélite calculeuse diffère de la néphrite simple, et se distingue de toutes les autres affections par la violence de la douleur rénale, par la gravité des symptômes généraux et sympathiques au début, par la diminution ou la suspension de la sécrétion de l'urine. Celle-ci, lorsqu'elle est excrétée, est presque toujours très acide, mêlée d'abord à du sang, à du mucus; plus tard, elle contient du pus. La présence du pus dans l'urine n'indique pas nécessairement une phlegmasie rénale; car l'urine peut en contenir dans le cours des cystites aiguës et chroniques, ou bien encore lorsqu'un abcès extrapéritonéal s'est fait jour dans les voies urinaires. Mais, indépendamment du siége différent de la douleur dans la pyélo-néphrite et dans la cystite, on reconnaît que, dans celle-ci, l'urine est presque toujours glaireuse et visqueuse, tandis que, dans l'inflammation simple des calices et du bassinet, il y a dysurie avec dépôt de pus véritable. Lorsque le rein distendu par le pus forme saillie dans le flanc et dans les lombes, on déterminera quelle est la nature de la tumeur en raison de la douleur rénale qui existe ainsi que par la présence du pus et du sang dans l'urine. Si l'abcès s'ouvre dans le colon, dans l'estomac ou dans le poumon, on précisera le siége primitif du mal en ayant égard aux accidents graves que les malades ont présentés du côté d'un des reins, à cause aussi de l'odeur urineuse que le liquide exhale souvent, et de son mélange avec des calculs uriques. Dans

quelques cas, d'ailleurs, l'abcès communiquant largement avec l'uretère et la vessie, des gaz s'échapperont par l'urètre mêlés à l'urine et au pus. Enfin, l'abcès, n'ayant souvent aucune communication avec l'extérieur, mais ayant acquis un volume considérable, pourrait être confondu avec des tumeurs formées par les organes voisins, et notamment avec des tumeurs de la rate, du foie, de l'aorte, des ovaires ou bien avec des tumeurs stercorales, etc. Mais, indépendamment des troubles spéciaux dans la sécrétion et l'excrétion de l'urine, indépendamment aussi des altérations de ce liquide qui ont précédé et qui le plus souvent accompagnent encore les tumeurs rénales, et manquent tout à fait dans celles qui sont formées par d'autres organes, nous verrons, en parlant de ces dernières, qu'il est possible, par une exploration attentive, et surtout à l'aide de la palpation et de la percussion et en ayant égard au mode de développement de la tumeur, d'arriver presque toujours à poser un diagnostic précis. Enfin, pour compléter, il nous resterait à exposer comment on parviendra à distinguer les abcès des reins des autres tumeurs de cet organe. Mais pour éviter des redites, nous traiterons ce sujet en parlant des hydronéphroses et des productions cancéreuses des reins.

Pronostic. — La pyélite est toujours une affection grave, car elle se termine souvent par suppuration. Le danger est grand lorsqu'un abcès s'est formé dans le rein ; car bien que quelquefois la guérison s'opère, comme celle-ci entraîne souvent l'atrophie de l'organe, les individus ne vivent plus qu'avec un rein, et si par malheur celui-ci venait plus tard à être enflammé par une cause quelconque, ou si un calcul obstruait momentanément son uretère, la mort en serait la suite inévitable. Le pronostic est surtout extrêmement fâcheux lorsque le rein forme une tumeur considérable, et alors, quel que soit le point du corps que l'abcès choisisse pour se vider au dehors, la mort est presque certaine. Une des terminaisons les plus fâcheuses est celle dans laquelle l'abcès se vide par le tube intestinal; car si le rein, n'étant pas complétement détruit, sécrète encore de l'urine, ce liquide, en étant versé continuellement dans l'intestin, détermine une inflammation ulcéreuse de cet organe, ce qui devient une nouvelle cause de marasme et ce qui accélère le terme fatal.

Étiologie. — La pyélite est très rarement spontanée ; dans la presque totalité des cas elle reconnaît pour cause la présence de graviers ou de calculs, qui agissent tantôt directement sur les parois par leur nombre ou leur volume, ou bien encore parce qu'un de ces corps, surtout s'il est hérissé d'aspérités, s'engage dans des conduits trop étroits. Dans tous ces cas la pyélite est souvent partielle; mais si le calcul engagé dans le goulot du bassinet ou dans l'uretère oblitère complétement ces conduits, la pyélite survient alors par suite de la distension que le calice et le bassinet éprouvent consécutivement à l'accumulation de l'urine. On conçoit que toutes les causes qui, sur toute la longueur des voies urinaires, s'opposeront à la libre excrétion de l'urine, comme les rétrécissements de l'urètre, la paralysie de la vessie, l'hypertrophie de la prostate, les tumeurs comprimant les uretères, etc., seront tout autant de causes très

actives d'inflammation de la membrane interne des reins. Enfin, dans les cas où des calculs existent dans ces organes, toutes les causes capables de les déplacer ou de les agiter fortement, comme les secousses du tronc, éprouvées surtout pendant l'équitation ou dans une voiture mal suspendue, sont des causes efficientes de la néphrite calculeuse.

Traitement de la pyélite. — Lorsque les accidents sont dans toute leur acuité, il faut leur opposer le traitement antiphlogistique ordinaire, et insister en même temps sur l'emploi de l'opium pour calmer les douleurs atroces qui marquent la première période de la maladie. On donnera ce médicament par la bouche et en lavement jusqu'à effet sédatif; on commencera par 5 ou 10 centigrammes, suivant la violence des douleurs; on prescrira une nouvelle dose de 5 centigrammes et plus, tous les trois quarts d'heure; nous avons en pareille circonstance donné plusieurs fois jusqu'à 60 centigrammes d'opium en trois ou quatre heures sans produire d'effet narcotique. Si dans toute espèce d'inflammation rénale il est rationnel de s'abstenir des diurétiques et de toutes boissons prises en abondance, afin de ne pas trop faire fonctionner l'organe malade, ce précepte doit surtout être suivi dans cette forme de la néphrite qui s'accompagne si souvent de l'occlusion d'un des uretères. Si on est assez heureux pour enrayer les accidents, et si les malades se rétablissent, qu'ils aient ou non expulsé le calcul, on devra les soumettre au régime le plus propre à empêcher la formation de nouveaux corps étrangers ou l'accroissement de ceux qui existent. C'est dans ce but qu'on prescrit un régime végétal, l'usage de boissons abondantes, et surtout l'emploi de quelques eaux minérales, telles que celles de Vichy, de Balaruc ou de Contrexeville, qui agissent à la fois par leurs propriétés chimiques et diurétiques. Ce traitement convient encore lorsque la présence du pus dans l'urine indique une suppuration des reins; il faudra, en outre, dans ces cas si graves établir une forte révulsion en appliquant plusieurs cautères au niveau du rein altéré. Enfin, lorsque le rein, augmenté de volume et distendu par le pus, tend à se faire jour à travers les téguments, il faut hâter ce mode de terminaison. Ainsi, quand l'abcès est assez superficiel, on pratiquera hardiment une large incision qui donnera issue à la fois au pus et aux graviers.

DE LA CYSTITE AIGUE ET DE LA CYSTITE CHRONIQUE.

Quelques auteurs, à l'exemple de Sœmmerring, n'ont compris sous la dénomination de *cystite* que l'inflammation profonde de la vessie, c'est-à-dire celle qui envahit tout à la fois au moins deux des tuniques de l'organe; réservant le nom de *catarrhe vésical* à l'inflammation qui est bornée à la membrane muqueuse. Une pareille distinction n'est point fondée : il importe donc pour la pratique de comprendre sous le nom de cystite toutes les inflammations de la vessie, quels que soient leur siége et leur étendue; tandis qu'il faut réserver le nom de catarrhe vésical à un état morbide particulier, mais non inflammatoire, pouvant être la suite d'une inflammation antérieure, mais se développant le plus souvent sans son concours,

et caractérisé par une exagération et par une perversion de la sécrétion muqueuse de la membrane interne de la vessie. Le catarrhe constitue donc une affection spéciale, distincte de la cystite, comme la bronchorrhée l'est de la bronchite, la gastrorrhée de la gastrite. (Voir plus bas la classe des *Sécrétions morbides.*)

La cystite doit être distinguée, d'après ses causes, en *idiopathique* et en *symptomatique ;* d'après sa marche, en *aiguë* et en *chronique ;* d'après son siége, en *superficielle* bornée à la muqueuse, et en *profonde* ou *phlegmoneuse,* envahissant au moins deux des tuniques; enfin, elle peut *occuper l'organe dans toute son étendue*, ou être bornée seulement à un petit espace. Parmi les cystites partielles, il importe surtout de distinguer celle du col.

Caractères anatomiques.—Dans la cystite aiguë, la capacité de l'organe est quelquefois diminuée ; plus souvent elle est augmentée, ou bien enfin la vessie conserve ses dimensions normales. La membrane muqueuse, d'un rouge plus ou moins vif, est injectée par taches, par plaques ou par pointillé fin. Elle est comme boursouflée, épaissie, plus ou moins friable ou ramollie ; quelquefois on trouve parsemées à sa surface des concrétions pseudo-membraneuses, grisâtres ou blanchâtres, très adhérentes, autour desquelles la muqueuse gonflée forme une espèce de bourrelet, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'une ulcération; mais il suffit de la plus légère attention pour éviter cette méprise. D'ailleurs, en exerçant quelques tractions sur la fausse membrane à l'aide d'une pince, on la sépare, et on trouve au-dessous d'elle la muqueuse plus ou moins injectée et violacée, mais jamais ulcérée. Des ulcérations peuvent néanmoins être la suite de la cystite aiguë ; on les remarque surtout dans les cas où la phlegmasie a été déterminée par la présence d'un ou plusieurs calculs, ou par le séjour prolongé d'une sonde. Ces ulcérations existent le plus souvent en petit nombre; elles n'intéressent ordinairement que la muqueuse ; quelquefois elles envahissent les tuniques subjacentes; elles peuvent même perforer tout à fait la vessie, qui communique alors soit avec le rectum ou le vagin, soit avec le péritoine ou le tissu cellulaire du bassin, suivant les points où cette lésion survient. Lorsque l'inflammation envahit les tissus subjacents, les parois sont épaissies, indurées; du pus est infiltré dans le tissu cellulaire et entre les plans charnus de la tunique musculeuse, qui sont devenus plus manifestes. Le pus peut même être réuni en un ou plusieurs foyers isolés, communiquant avec une suppuration étendue de l'excavation pelvienne. Enfin, on a observé parfois des plaques gangréneuses. Celles-ci sont rarement l'effet d'une inflammation simple ; mais presque toujours elles ont lieu dans les points qui ont supporté une violente pression, telle que celle que produisent un calcul, une sonde à demeure ou la tête d'un fœtus pendant l'accouchement.

La cystite qui survient consécutivement à l'absorption des cantharides, est remarquable par la production de fausses membranes dans la vessie ; la muqueuse de cet organe est plus ou moins ecchymosée. Ces mêmes lésions peuvent également se rencontrer dans les uretères et jusque dans les bassi-

nets; la substance des reins est même parfois plus ou moins congestionnée.

Dans la cystite chronique, presque toujours on observe une diminution considérable dans la capacité de l'organe; la membrane muqueuse, offrant un mélange de coloration rouge, noire, violacée, ardoisée, est épaissie, indurée; plus souvent elle est friable, fongueuse, ulcérée, parcourue par des vaisseaux variqueux. Les parois, épaissies surtout en raison de l'hypertrophie du tissu cellulaire et de la tunique musculaire, ont souvent plus de 3 ou 4 centimètres d'épaisseur; on peut les trouver, comme à l'état aigu, infiltrées de pus, ou le siége d'un ou plusieurs abcès, ou bien enfin perforées. Les cystites aiguë et chronique coexistent le plus souvent avec diverses altérations des autres organes génito-urinaires, notamment des reins, qui, de même que la vessie, contiennent souvent des calculs; de l'urètre, qui est parfois rétréci; de la prostate enfin, qui est souvent hypertrophiée, et parfois même ramollie et suppurée.

Symptômes. — La cystite débute presque toujours sans prodromes et par des symptômes locaux. Ainsi tous les malades accusent une douleur vive au bas-ventre; la pression et les mouvements l'exaspèrent; l'hypogastre est tendu, et souvent la vessie y forme une saillie considérable. Les malades éprouvent des besoins fréquents d'uriner, et excrètent, après des efforts très douloureux, quelques cuillerées et souvent même quelques gouttes seulement d'une urine rouge, brûlante, trouble et parfois sanguinolente. La plupart accusent également une sorte de *ténesme vésical*, c'est-à-dire qu'ils ressentent un besoin violent de rendre l'urine, et font des efforts considérables qui restent sans effet. Beaucoup se plaignent d'un prurit incommode dans le méat urinaire; presque tous ont de la fièvre, une soif vive, de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la constipation, un état de malaise et d'anxiété extrêmes. Cependant la gravité plus ou moins grande des symptômes généraux et locaux, ou la prédominance de quelques uns d'entre eux, est surtout déterminée par le siége spécial de la phlegmasie. Ainsi la douleur hypogastrique est surtout vive lorsque l'inflammation (chose rare d'ailleurs) occupe la partie supérieure de l'organe: l'urine ne s'accumule point alors dans la vessie, mais elle en est expulsée à des intervalles rapprochés. Au contraire, un sentiment de pesanteur ou un prurit incommode au périnée, la rétention d'urine, l'ischurie, le ténesme vésical, se remarquent dans la cystite du col. Dans ce cas, le cathétérisme est rendu souvent impossible par le gonflement ou l'état spasmodique de la portion prostatique de l'urètre; et lorsqu'on parvient à introduire l'instrument, il produit une douleur tellement atroce en arrivant dans la vessie, qu'on est obligé quelquefois de le retirer avant même d'avoir pu évacuer l'urine. Le toucher par le rectum, et souvent même la simple introduction d'une canule de seringue, excite des douleurs très vives; la défécation ou la simple émission de gaz en réveille de pareilles. Ces excrétions peuvent être empêchées lorsque l'inflammation a gagné toute la paroi recto-vésicale; dans ce cas, la constipation et le météorisme du ventre sont une nouvelle cause de souffrance et d'anxiété. Enfin, dans l'inflammation du bas-fond de la vessie, on a vu plusieurs fois

les tissus épaissis, boursouflés, produire l'oblitération complète de l'orifice vésical de l'un des uretères ou de ces deux conduits ensemble; l'urine alors, ne pouvant plus arriver dans la vessie, s'accumule dans les uretères, les bassinets et les calices. Bientôt, la sécrétion ne pouvant plus avoir lieu, la fièvre redouble, du délire survient, les malades tombent dans la prostration ; toutes les excrétions, les selles et les sueurs notamment, exhalent une odeur urineuse, et ils succombent bientôt avec l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre dite *urineuse*. Ces mêmes accidents surviennent encore, mais beaucoup plus lentement, toutes les fois que l'urine accumulée dans la vessie cesse de pouvoir être excrétée.

Dans la cystite cantharidienne, sur laquelle M. Morel-Lavallée a récemment fixé l'attention des médecins, les malades rendent quelquefois, après des douleurs, des épreintes et des efforts inouïs, des fausses membranes consistantes ayant de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et dont l'étendue varie depuis la grandeur d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle d'une moitié de carte à jouer. M. Morel-Lavallée a démontré que souvent, indépendamment de ces pseudo-membranes, l'urine abandonnée à elle-même laissait déposer par le refroidissement un précipité albumineux plus ou moins abondant. Enfin, chez quelques malades l'albumine tenue en complète dissolution ne se précipite que quand on chauffe l'urine jusqu'à ébullition, ou lorsqu'on la traite par l'acide nitrique.

Marche, *terminaisons*. — Après s'être accrus pendant quelques jours, on voit communément les accidents diminuer; les besoins d'uriner sont moins fréquents, la miction est plus facile, moins douloureuse, les urines ne sont plus sanguinolentes, enfin la fièvre et les autres troubles sympathiques diminuent ou cessent. On dit alors que la cystite s'est terminée par résolution. La terminaison par suppuration est beaucoup plus rare : tantôt alors le pus est seulement exhalé à la surface de la muqueuse, ou bien, un abcès s'étant formé dans l'épaisseur des parois, se vide dans la vessie. Dans l'un et l'autre cas, les urines sont lactescentes, et on y démontre facilement la présence des globules de pus; mais quelquefois, ainsi que Chopart l'a vu, l'abcès interstitiel se fait jour dans le tissu cellulaire du petit bassin, qui s'enflamme et suppure à son tour; la mort est alors presque inévitable. La terminaison par gangrène est excessivement rare ; on la reconnaît quelquefois à la fétidité caractéristique de l'urine et à la gravité des symptômes généraux. On observe surtout ce grave accident lorsqu'il y a eu rétention prolongée de l'urine. Dans ces cas, une rupture se fait ordinairement au niveau de l'escarre; dans quelques autres, la vessie se déchire sans gangrène préalable et par la simple distension des parois, qui sont alors plus ou moins ramollies. Cette rupture a lieu presque toujours à la paroi supérieure, qui est la partie la plus mince et la moins soutenue. Suivant le point où la déchirure s'opère, l'urine s'épanche dans le péritoine et produit alors une péritonite suraiguë, ou bien elle s'infiltre dans le tissu celluleux du bassin, qu'elle mortifie. Dans l'un et l'autre cas, les malades succombent promptement. Des accidents semblables surviennent lorsque la perforation de la vessie s'établit par les progrès d'une ulcération; si

celle-ci intéresse les parois recto-vésicale ou vésico-vaginale, l'urine s'écoulera par le rectum ou par le vagin.

Enfin, beaucoup de cystites passent à l'état chronique. La chronicité peut en outre être primitive; c'est ce qui a surtout lieu dans les cas où la maladie est symptomatique de la présence d'un calcul. Les malades accusent alors à l'hypogastre ou au périnée une douleur permanente, quelquefois vive; ils sont tourmentés par des envies fréquentes d'uriner, par de la dysurie; les urines qu'ils rendent sont troubles, purulentes, floconneuses, muqueuses, filantes et glaireuses; il y a un état de malaise habituel, parfois de la fièvre; les digestions sont pénibles, et la nutrition languit. Les accidents, surtout les symptômes locaux, s'aggravent apres le coït, et surtout après l'ingestion de boissons stimulantes ou par l'impression du froid, etc. Après avoir ainsi présenté un plus ou moins grand nombre de recrudescences, et après une durée indéterminée, quelques cystites se terminent par résolution. Chez d'autres malades, tous les signes d'inflammation cessent; seulement la sécrétion de la membrane muqueuse continue à être pervertie : la cystite s'est alors transformée en catarrhe. La cystite chronique peut entraîner la mort par épuisement ou en provoquant quelques complications, surtout du côté du péritoine et des reins.

Diagnostic. — En traitant de la péritonite, de l'excavation pelvienne et de la métrite, nous verrons en quoi ces phlegmasies diffèrent de la cystite. Ce sont à peu près les seules maladies qui offrent quelques points de contact avec l'inflammation de la vessie. Il est à peu près impossible de diagnostiquer les ulcères vésicaux; les douleurs vives, un pus visqueux, tenace, fétide, strié de sang, qu'on a donné comme des signes assez positifs des ulcérations de la vessie, ne sauraient les caractériser; mais ils en rendent l'existence assez probable. La cystite reconnue, il faut en rechercher la cause, et surtout déterminer si elle est idiopathique ou si elle est symptomatique de la présence d'un calcul. Le cathétérisme peut seul éclairer le médecin.

Pronostic. — On a vu que la cystite était une affection généralement grave; elle l'est surtout lorsqu'elle occupe le col et l'orifice des uretères. Celle qui succède à l'administration des cantharides est presque toujours bénigne, et n'a guère qu'une durée de 24 à 36 heures.

Étiologie. — La cystite idiopathique est une affection excessivement rare, surtout à l'état chronique; elle affecte spécialement les adultes; elle est plus commune chez les hommes; elle est presque toujours produite par quelques causes directes, telles qu'une plaie pénétrante, une contusion à l'hypogastre, une chute sur les reins ou le périnée, le cathétérisme ou le séjour des sondes, un accouchement pénible, la rétention de l'urine, l'extension à la vessie d'une phlegmasie urétrale. On sait enfin que l'absorption des cantharides a souvent pour effet de produire une cystite. Cela se remarque spécialement à la suite de l'application de vésicatoires sur quelque partie du corps que ce soit.

Traitement. — A la cystite aiguë on opposera un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique. Les saignées générales ne sont utiles que

dans les cas d'une réaction fébrile forte : presque toujours les saignées locales suffisent. Les sangsues sont appliquées communément à l'hypogastre ; mais on les mettra de préférence au périnée, lorsque le col vésical est surtout affecté. C'est à tort qu'on a prétendu que les sangsues mises dans cette dernière région augmentaient la fluxion sanguine. Ce résultat ne peut avoir lieu lorsqu'on met un nombre de sangsues suffisant (au moins vingt-cinq), et qu'on favorise l'écoulement des piqûres. L'hypogastre et le périnée seront recouverts de cataplasmes émollients ; les malades seront plongés dans un bain tiède et boiront une boisson mucilagineuse. La liberté du ventre sera entretenue par des lavements ou par quelques laxatifs doux. Il faut, en général, s'abstenir de nitrer les tisânes, ou de les donner en trop grande abondance, surtout lorsqu'il y a rétention d'urine, et même dans les cas où l'excrétion de ce liquide se fait après des efforts très douloureux. Lorsque la vessie, distendue par l'urine, fait saillie au-dessus du pubis, il faut pratiquer le cathétérisme, quelque douloureux qu'il soit. Si on arrivait très difficilement dans la vessie, et si cet organe supportait sans beaucoup de souffrance la présence de l'instrument, on pourrait le laisser quelque temps à demeure ; dans le cas contraire, on le retirerait aussitôt, sauf ensuite à le réintroduire s'il y avait nécessité. Les moyens de traitement varient peu dans les différentes espèces de cystites : cependant, dans les cas où la maladie est produite par l'action des cantharides, tout le monde est d'accord d'administrer le camphre en lavements, en frictions et en pilules, seul ou combiné à l'opium pour modérer les douleurs et l'excitation extrême des organes génitaux. Lorsque la cystite est symptomatique de la présence d'un corps étranger qui exige une opération (lithotomie ou lithotritie), il faudra, avant de la pratiquer, modérer le travail inflammatoire.

Dans la cystite chronique, on aura encore recours à une ou plusieurs applications de sangsues, surtout si les douleurs sont vives ; on insistera également sur les bains et les émollients. On favorisera la transpiration cutanée par l'usage de la flanelle et des bains de vapeur ; on établira une révulsion à l'hypogastre, en faisant sur cette partie des frictions avec une pommade stibiée ou en la recouvrant d'un vésicatoire. On a cherché également à modifier directement l'état des surfaces malades en injectant dans la vessie de l'eau pure ou mucilagineuse ; dans ce cas on se servira de l'instrument imaginé par M. Cloquet (*sonde à double courant*). Lorsque la phlegmasie est modérée, on a conseillé des injections de calomel, d'eau de goudron, d'eau sulfureuse et même de nitrate d'argent. Nous avons vu ce dernier moyen guérir en quelques jours des cystites chroniques qui résistaient depuis plusieurs années à tous les traitements. Pour cautériser la vessie, on commence par la vider de l'urine qu'elle contient, puis on injecte 50 à 60 grammes d'une solution concentrée de nitrate d'argent, ou bien, à l'aide de la sonde imaginée par M. Lallemand, on porte le caustique en poudre dans la vessie. Ce moyen est un des plus efficaces ; il n'est point ou à peine douloureux, il n'excite aucun accident, si ce n'est parfois quelques cuissons un peu vives le jour de l'opération ; mais elles cèdent communément à l'administration d'un ou de deux bains. Il est quelquefois

nécessaire de recourir à une nouvelle cautérisation ; mais il faut laisser entre les deux opérations un intervalle d'au moins quinze ou vingt jours. On a encore conseillé dans la cystite chronique l'usage à l'intérieur des résineux, de quelques eaux minérales, d'un régime spécial ; mais comme ces moyens conviennent surtout au catarrhe vésical, nous en parlerons en traitant de cette dernière maladie.

Enfin, il est des cystites chroniques qui, en raison des désordres graves qui les ont produites, ou de la présence d'un calcul trop volumineux ou enchatonné, sont au-dessus des ressources de l'art. Il faut alors se borner à calmer les souffrances souvent atroces des malades et l'état spasmodique de la vessie par l'emploi de suppositoires narcotiques ou de lavements opiacés.

INFLAMMATIONS DES ORGANES GÉNITAUX.

Les organes génitaux, dans les deux sexes, sont fréquemment atteints de phlegmasie. Nous ne comptons, dans ce chapitre, appeler l'attention du lecteur que sur les inflammations qui affectent l'utérus et deux de ses annexes, l'ovaire et les ligaments larges. Nous omettrons à dessein de décrire la phlegmasie du vagin et celle de l'urètre, du prépuce et du gland chez l'homme, attendu que nous comptons nous en occuper longuement plus tard, quand nous traiterons de l'infection vénérienne. Il ne faudrait pas néanmoins conclure de ceci que toutes les inflammations de l'urètre chez l'homme, et que toutes celles qui affectent le vagin chez la femme, dépendent constamment de l'action d'une matière virulente ; mais cette cause, si elle n'est pas précisément la seule, est du moins la plus commune ; et comme, quelle que soit l'origine du mal, on n'observe que des nuances dans les symptômes, mais nulle différence très tranchée, il convient, pour éviter des redites, de renvoyer l'étude des inflammations des organes externes de la génération dans les deux sexes, à l'époque où nous traiterons des accidents syphilitiques primitifs.

DE LA MÉTRITE.

On désigne sous le nom de *métrite* l'inflammation du tissu utérin. La plupart des auteurs en ont distingué deux espèces, suivant que l'inflammation occupe le parenchyme de l'organe, ou suivant qu'elle est bornée à la membrane interne. La première constitue la métrite proprement dite, on l'a nommée aussi *profonde*, *phlegmoneuse* ou *parenchymateuse* ; la seconde est généralement désignée sous les noms de *catarrhe utérin* ou *de métrite catarrhale*, en raison de l'écoulement muqueux ou mucoso-purulent qui a lieu par les organes génitaux. Nous verrons par la suite que les écoulements blancs de l'utérus sont un symptôme fréquent d'une foule d'altérations de l'organe ; mais il en est d'autres qui sont essentiels, c'est-à-dire qui, ne se liant à aucune lésion matérielle, sont uniquement

constitués par un vice de sécrétion de la membrane interne : nous en traiterons à l'article *Leucorrhée*. La métrite est distinguée en *aiguë* et en *chronique* : la première se divise elle-même en métrite *simple* et en métrite *puerpérale* ; la seconde offre aussi deux formes principales, dont nous traiterons en particulier ; ce sont : la métrite avec *induration*, et la métrite *ulcéreuse* et *granulée*.

DE LA MÉTRITE AIGUE SIMPLE.

Caractères anatomiques. — Dans les cas rares où on peut examiner l'état de l'utérus atteint d'inflammation simple, on trouve l'organe augmenté de volume partiellement ou dans toute son étendue ; le tissu, d'un rouge plus ou moins foncé, est plus consistant, mais friable, ou bien il est ramolli et se laisse déchirer ou pénétrer par le doigt. Si du pus a été produit, il est infiltré dans les parois, ce qui donne à celles-ci une coloration grisâtre ou d'une teinte de feuille morte. Plus rarement on a trouvé le pus réuni en plusieurs foyers isolés, les uns libres, les autres enkystés, ayant toujours un petit volume (depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noix); Lisfranc en a vu deux pourtant qui égalaient à peu près la moitié du poing. Enfin, plus rarement encore on a trouvé le produit morbide renfermé dans la cavité utérine, celle-ci est alors tapissée par une fausse membrane ; en la détachant on trouve la surface interne de l'organe, rouge, injectée, friable. La même altération peut exister dans une des trompes ou dans les deux : celles-ci ont alors acquis un volume beaucoup plus considérable. Enfin la membrane péritonéale, les ovaires et les ligaments larges participent souvent à la phlegmasie.

Symptômes. — La métrite, lorsqu'elle n'occupe qu'un point assez circonscrit, peut débuter sans prodromes et ne se caractériser que par quelques signes locaux. C'est ainsi que, lorsque l'inflammation est bornée au col, les malades accusent de la douleur, de la chaleur et des élancements au fond du vagin ; les rapports sexuels sont extrêmement douloureux ; si on pratique le toucher, on reconnaît que le col est chaud, gonflé, sensible à la plus légère pression, et plus ou moins dur. Mais si l'inflammation envahit le corps de l'organe dans la totalité ou dans la plus grande partie de son étendue, on observe un ensemble de symptômes généraux et locaux plus graves. C'est ainsi qu'un frisson violent marque communément le début de la maladie ; l'hypogastre est le siége de douleurs vives et lancinantes, qui s'exaspèrent par la pression, par les secousses de la toux, par les inspirations profondes, et généralement par la plupart des mouvements imprimés au corps. Les malades ne peuvent le plus souvent tenir le tronc dans sa rectitude normale, ils sont presque toujours obligés de se courber fortement en avant lorsqu'ils marchent. La plupart éprouvent également un sentiment de pesanteur à l'anus ou même un véritable ténesme ; l'excrétion de l'urine est souvent douloureuse et difficile ; il y a aussi presque toujours des tiraillements ou des élancements aux aines, à la partie interne et supérieure des cuisses ainsi qu'à la région sacrée. Ces divers accidents s'ex-

pliquent par le volume plus considérable de l'organe qui comprime le rectum, la vessie, les nerfs sacrés, et qui, devenu plus lourd, tiraille les ligaments qui le fixent au bassin. Lorsque la douleur hypogastrique n'est pas très vive, on peut, en déprimant suffisamment la paroi abdominale antérieure, sentir souvent que le fond de l'utérus est au niveau du pubis ou même qu'il le dépasse de quelques centimètres. L'introduction du doigt dans le rectum fait également constater une augmentation de volume de l'organe, tant dans ses diamètres antéro-postérieur et tranverse que dans son diamètre vertical. En pressant sur la paroi recto-vaginale et souvent par la seule introduction du doigt on excite des douleurs vives. Par le toucher on trouve, en outre, que le col est sain ou bien qu'il participe à la maladie du corps. L'utérus est presque toujours un peu plus abaissé ou dans une position plus oblique ; d'autres fois il a subi un léger mouvement de rétroversion et surtout d'antéversion. Si on essaie de le refouler vers le bassin, il paraît plus lourd; cette manœuvre excite toujours de vives douleurs. En général, on trouve que l'organe est peu mobile; il semble même quelquefois être véritablement encloué : il est alors impossible de lui imprimer aucune espèce de mouvement. Il n'est pas rare que dans cet état il n'existe aucun écoulement vaginal; d'autres fois un liquide jaunâtre, verdâtre, blanchâtre, sanguinolent, s'échappe en plus ou moins grande abondance de la vulve. La plupart des autres fonctions sont plus ou moins troublées, perverties : ainsi les malades ont de l'inappétence et de la soif; beaucoup ont des nausées ou même des vomissements aqueux ou bilieux; leur ventre est un peu tendu, météorisé; les selles sont rares ou nulles; la fièvre est forte; la figure exprime l'anxiété; il y a une céphalalgie vive et parfois un peu de délire. Cependant la métrite simple produit rarement cet ensemble de symptômes graves : ceux-ci ne se développent que lorsqu'il survient des complications, les plus fréquentes sont la phlébite et la péritonite de l'excavation pelvienne.

Durée, terminaisons. — La métrite a presque toujours une heureuse issue : cependant on l'a vue quelquefois se terminer très rapidement par la mort; mais dans ces cas il existait presque toujours quelque complication du côté du péritoine. La résolution est le mode de terminaison le plus ordinaire de la maladie ; on l'observe presque constamment entre le premier et le second septénaire. La suppuration est un accident extrêmement rare ; il est en général fort difficile de la diagnostiquer en raison du très petit volume des abcès. On a pourtant cité des cas où des collections purulentes très volumineuses, formées dans l'épaisseur de l'utérus, se seraient fait jour dans sa cavité, dans celle du rectum ou à travers les parois abdominales. Mais ces faits, qui nous paraissent plutôt appartenir à des abcès des ovaires ou des ligaments larges, sont fort rares ; ils nous semblent d'ailleurs être, pour la plupart, presque aussi suspects que ceux relatifs à des métrites aiguës qu'on aurait vues se terminer par la gangrène et par l'élimination de l'organe entier. Cependant il paraît constant qu'on a plusieurs fois rencontré des gangrènes partielles du col. Très fréquemment la métrite passe à l'état chronique.

La métrite peut entraîner après elle divers accidents : ainsi l'oblitération des trompes ou des adhérences insolites de leur extrémité libre peuvent amener une stérilité incurable; comme des adhérences établies entre l'utérus et les parois du bassin peuvent être une cause d'avortement en s'opposant au développement régulier de l'organe (Boivin). Enfin la métrite qui atteint la femme grosse a pour résultat presque constant la mort du fœtus et son expulsion prématurée : on a même vu dans ces cas l'utérus enflammé se ramollir et se rompre, ce qui entraîne comme conséquence inévitable le passage du fœtus dans le péritoine, puis le développement d'une péritonite suraiguë très rapidement mortelle.

Diagnostic. — La péritonite, l'ovarite, la vaginite et la cystite sont les principales maladies aiguës qu'on peut confondre avec la métrite. Nous parlerons plus tard du diagnostic différentiel des trois premières; quant à la cystite, elle sera aisément distinguée de l'inflammation de la matrice par le siége superficiel de la douleur hypogastrique, par les besoins fréquents d'uriner, par les souffrances et l'anxiété qui précèdent et accompagnent chaque excrétion, par l'absence des douleurs inguinales et sacrées, et par les résultats négatifs que fournit le toucher vaginal et rectal. Il est à peine utile de dire qu'on ne pourra prendre pour une métrite les accidents, quelquefois violents, qui marquent l'établissement ou le retour des règles chez quelques femmes, ainsi que les douleurs qui accompagnent l'avortement et les déplacements de l'utérus; car la marche de la maladie, les résultats fournis par le toucher ne laisseront aucun doute sur la cause des troubles qu'on observe. L'exploration par le doigt et la nature des symptômes révélera enfin quelle est la portion de l'utérus qui est spécialement ou exclusivement affectée. Ainsi, lorsque le col seul est malade, la douleur est concentrée dans le fond du vagin, et le doigt reconnaît que la partie affectée est rouge, chaude et très sensible. Si, au contraire, la phlegmasie est bornée au bas-fond de l'utérus, le toucher par le vagin aussi bien que celui qu'on pratique par le rectum ne donne aucun indice, tandis que la pression hypogastrique réveille les douleurs les plus vives. Le ténesme vésical et les difficultés d'uriner qui prédominent révéleront, d'après M. Chomel, que la lésion occupe la paroi antérieure, tandis que, d'après le même observateur, les douleurs se font spécialement sentir pendant la défécation, et elles occupent la région sacrée lorsque c'est la paroi postérieure qui est spécialement atteinte. Enfin, M. Chomel nous apprend encore que c'est principalement dans l'affection des parties latérales de la matrice qu'on observe les souffrances dans les aines et dans les cuisses, la pression hypogastrique est alors plus douloureuse du côté malade, et le corps de l'organe est généralement incliné dans ce sens, tandis que le col l'est en sens inverse.

Pronostic. — La métrite simple est une maladie qui compromet rarement l'existence : aussi son pronostic est-il peu grave; il faut en excepter pourtant les cas où la phlegmasie envahit tout l'organe, ou bien ceux où elle se propage au péritoine ou aux veines, ou bien encore lorsqu'elle atteint un utérus distendu par le produit de la conception. Enfin nous

avons vu que la métrite, tout en guérissant, pouvait entraîner après elle de grands inconvénients, comme la stérilité ou une tendance extrême aux avortements.

Étiologie. — La métrite est une affection très rare chez les filles non encore menstruées, comme chez les vieilles femmes qui ont cessé de l'être. Elle est non moins rare chez les femmes grosses : lorsqu'elle survient chez elles, presque toujours elle succède à quelque cause traumatique, surtout à des manœuvres criminelles pour provoquer l'avortement. A l'état de vacuité, la métrite peut être tout à fait spontanée; mais souvent elle est provoquée par quelque cause déterminante appréciable, comme une opération sanglante, des fatigues dans la marche, une chute sur les fesses, l'abus des plaisirs vénériens, des chocs trop violents portés sur le col utérin, la suppression brusque des règles, la présence d'un pessaire dans le vagin, l'impression subite du froid, ou l'abus d'injections trop fortement astringentes dans le but de supprimer une hémorrhagie, enfin l'extension à l'utérus d'une phlegmasie du vagin.

Traitement. — On oppose à la métrite aiguë le traitement antiphlogistique ordinaire, c'est-à-dire une ou plusieurs saignées générales, et surtout des sangsues, appliquées en plus ou moins grand nombre à l'hypogastre, aux aines, à l'anus; des ventouses sur les régions lombaire et sacrée. M. Duparcque préconise aussi les sangsues appliquées directement sur le col utérin lui-même : cependant il n'est pas encore prouvé que cette médication ait l'avantage que quelques personnes lui ont attribué. L'hypogastre sera recouvert de larges cataplasmes émollients; des injections émollientes seront faites dans le vagin, et les malades seront maintenues pendant une ou plusieurs heures dans un bain tiède. Aux moyens précédents, on joindra la diète, l'usage de boissons douces, de lavements émollients ou de quelques laxatifs doux, enfin la position horizontale sur un lit dont les matelas seront en crin. Cette médication sera continuée pendant toute la durée de l'état aigu; si la maladie est plus violente, on aura recours aux frictions mercurielles : celles-ci sont encore indiquées à l'époque où les accidents inflammatoires ayant diminué, il reste encore un engorgement assez considérable du tissu utérin.

DE LA MÉTRITE PUERPÉRALE.

L'inflammation du tissu utérin se rencontre fréquemment chez les femmes récemment accouchées; elle affecte des formes symptomatiques fort diverses, suivant la nature des lésions concomitantes. Nous l'avons vue déjà coexister souvent avec la phlébite des sinus utérins (p. 411), bientôt nous la trouverons accompagner assez fréquemment la péritonite, et, sous le nom de *putrescence*, nous décrirons dans le second volume une altération que quelques uns ont considérée à tort comme une métrite gangréneuse; mais nous ne voulons dans ce court article qu'appeler un instant l'attention du lecteur sur la métrite puerpérale simple.

Caractères anatomiques. — L'utérus encore volumineux déborde le

rebord supérieur du bassin. Ses parois sont flasques, épaissies, ramollies, parfois infiltrées de pus, et plus ou moins rouges et injectées. La face interne est noirâtre. On en sépare aisément des détritus pulpeux, surtout dans les points correspondants à l'insertion du placenta. Les annexes participent quelquefois à l'altération de l'organe utérin.

Symptômes, *marche*. — La métrite simple débute quelquefois aussitôt après l'accouchement; mais le plus souvent elle ne se déclare que plusieurs jours après et même après une ou deux semaines. Le début de la maladie est souvent marqué par un frisson plus ou moins violent. Les malades accusent à l'hypogastre une douleur, parfois obtuse, souvent vive. Cette région est tendue, douloureuse à la pression; la palpation y fait découvrir l'utérus. Les femmes accusent, en outre, des douleurs dans les lombes, dans les régions inguinales et dans les cuisses. Un fluide blanc, presque toujours rosé ou tout à fait sanguinolent, et plus ou moins fétide, s'écoule par le vagin. Le doigt, porté dans ce canal en même temps que la main opposée reste appliquée sur l'hypogastre, permet de mesurer exactement le volume de l'utérus, son degré de mobilité, son plus ou moins d'inclinaison. Les troubles sympathiques sont très variables; souvent presque nuls dans la métrite qui survient huit à quinze jours après les couches, ils sont parfois graves lorsque la maladie se déclare peu d'heures ou peu de jours après la délivrance. Ainsi, dans le premier cas, la fièvre est modérée, ou bien elle manque même tout à fait; il y a de l'inappétence, quelques nausées parfois, et de la constipation. Dans le second, la réaction peut être vive; il y a du météorisme, des vomissements verdâtres et l'ensemble de symptômes qu'on rencontre dans la péritonite. Celle-ci, l'inflammation des veines, la suppuration du tissu utérin, sont des accidents assez communs de la métrite qui se déclare peu de jours après la délivrance. Aussi, la maladie se termine-t-elle fréquemment par la mort. Il n'en est pas de même de la métrite qui survient quelques semaines après les couches, et qui, en effet, a presque toujours une heureuse issue, quoique fort souvent la résolution se fasse attendre pendant assez longtemps, c'est-à-dire pendant cinq, six semaines ou deux mois. Une circonstance qui retarde et qui parfois même compromet la guérison, c'est l'extension de la phlegmasie de l'utérus, aux annexes de cet organe ou au tissu cellulaire du bassin et des fosses iliaques.

D'après ce qui précède, on voit que le diagnostic de la métrite puerpérale ne peut offrir aucune difficulté.

Pronostic. — La métrite simple survenant une ou plusieurs semaines après la délivrance, est une affection qui compromet rarement l'existence. Il n'en est pas de même de celle qui se déclare aussitôt après l'accouchement, et qui se complique des accidents que nous avons énumérés précédemment.

Causes. — La métrite puerpérale, rarement spontanée, affecte presque exclusivement les femmes qui quittent prématurément leur lit ou qui s'exposent au froid. Aussi est-ce une affection qui malheureusement est très commune chez les femmes du peuple.

Traitement. — Le traitement de la métrite puerpérale ne présente rien de spécial. Le repos au lit, les cataplasmes sur le ventre, quelques laxatifs, suffisent dans les cas les plus benins. On débutera par une ou plusieurs saignées générales lorsque la fièvre et des accidents graves surviennent. Les saignées locales suffiront lorsque la douleur est vive et que la réaction n'est pas forte. C'est après cette indication remplie qu'on commencera l'emploi des pommades fondantes. Dans la forme grave de la maladie, on se comportera suivant les accidents, comme il sera dit aux articles *Péritonite puerpérale*, *Phlébite*, et *Putrescence de l'utérus*.

DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

La métrite chronique peut être primitive, ou bien succéder à la métrite aiguë. Plus fréquente que cette dernière, elle se présente sous deux formes anatomiques principales, qui peuvent être réunies chez la même femme, mais qui, le plus souvent, existent isolément ; ce sont : 1° la métrite avec *engorgement et induration* ; 2° la métrite *ulcéreuse*.

1° *Métrite chronique avec engorgement et induration du tissu.*

Caractères anatomiques. — Dans cette forme de la métrite, l'utérus est tuméfié, déformé en partie ou en totalité, suivant que la phlegmasie est limitée à une portion de l'organe, ou suivant qu'elle l'occupe en entier. Dans ce dernier cas, l'utérus peut acquérir, surtout dans son corps, un volume double ou triple de celui qu'il a à l'état normal. La partie engorgée est plus pesante et plus dure, sans offrir pourtant la pesanteur et la dureté du squirrhe ; sa surface lisse, non bosselée, est grisâtre ou rougeâtre ; la même teinte se retrouve à la coupe du tissu, qui se laisse diviser assez facilement et sans crier sous l'instrument. On constate d'ailleurs que les parties malades n'ont subi aucune transformation organique, car on y reconnaît toujours la structure propre à l'utérus. Il semble pourtant que les tissus ont éprouvé une véritable hypertrophie. Les fibres, en effet, sont plus apparentes, et quelquefois on peut suivre la direction de quelques unes d'elles ; une matière albumineuse est infiltrée dans leurs interstices, sans être très intimement combinée avec elles, puisque souvent on peut la séparer après une macération de quelques jours. Malgré l'augmentation de volume du corps utérin, la cavité du viscère n'est presque jamais agrandie ; souvent même sa capacité est diminuée. En raison de cette augmentation de volume, on conçoit que l'utérus doit avoir contracté des rapports nouveaux avec les organes abdominaux ; presque toujours, en effet, il est déplacé, en état de prolapsus ou dévié de différentes sortes (*antéversion*, *rétroversion*, *inclinaisons*). Ces déplacements peuvent être primitifs ; mais le plus souvent ils sont consécutifs à l'engorgement, et dépendent du poids insolite que l'utérus a acquis.

Symptômes. — Il est des engorgements chroniques de l'utérus qui, quoique assez étendus, restent tout à fait latents, c'est-à-dire qu'ils ne se

révèlent par aucun trouble fonctionnel : cependant les faits de ce genre sont assez rares. Dans la presque totalité des cas, l'induration de l'organe s'accompagne de symptômes locaux et généraux, en rapport avec l'étendue de l'altération. Ainsi la plupart des malades ressentent profondément dans l'hypogastre ou dans le bassin une douleur sourde, continue, qui s'exaspère par moments, et surtout après une fatigue ou bien aux époques menstruelles; elle augmente communément par la pression, et s'accompagne des mêmes tiraillements aux aines et à la partie supérieure et interne des cuisses, des mêmes douleurs lombaires et sacrées que nous avons déjà notées dans l'état aigu. C'est aussi dans l'engorgement chronique surtout que les malades accusent des pesanteurs vers le siége, des épreintes, des efforts pour aller à la selle, une constipation habituelle, des envies fréquentes d'uriner, de la cuisson pendant l'émission du liquide, accidents qui dépendent pour la plupart de la compression du rectum et de la vessie par l'organe malade. Souvent il n'existe pas de leucorrhée ; d'autres fois il se fait par les parties génitales un écoulement muqueux plus ou moins abondant, inodore ou d'une odeur fade. La menstruation est presque toujours dérangée dans la métrite chronique : tantôt, en effet, elle est suspendue ; d'autres fois elle diminue ou est irrégulière dans ses apparitions. Les souffrances qui sont produites par l'engorgement de l'utérus augmentent presque toujours par la station, et surtout par la marche ; au contraire, la position horizontale calme ou même fait cesser complétement les douleurs. Celles-ci s'opposent le plus souvent au rapprochement sexuel. Les signes les plus positifs sont fournis par l'exploration directe de l'organe malade : ainsi, par l'introduction du doigt dans le vagin, on constate que le col est dur et augmenté de volume. Cependant l'engorgement véritablement inflammatoire et nullement squirrheux est rarement borné au col, et surtout à l'une des lèvres du museau de tanche ; mais il s'étend presque toujours au corps lui-même. Dans ce cas, en élevant le doigt comme pour refouler le viscère vers le détroit supérieur, on constate que celui-ci est lourd, et peu ou point mobile ; si, pendant que le doigt est dans le vagin, on applique la main opposée sur l'hypogastre, on apprécie le volume de l'utérus dans le sens vertical. Enfin lorsque, pour compléter l'exploration, on pratique le toucher par le rectum, on constate, mieux encore que par le toucher vaginal, l'augmentation de volume du corps utérin. L'emploi du spéculum n'est utile qu'autant que le col est lui-même engorgé ; on peut alors, à l'aide de cet instrument, apercevoir la coloration rouge de cette partie, et apprécier par la vue sa direction et son volume. En somme, les résultats fournis par le spéculum sont beaucoup moins importants que ceux que les touchers vaginal et rectal donnent. Les différentes explorations dont nous venons de parler se font quelquefois sans souffrance ; mais le plus souvent le toucher est plus ou moins douloureux, surtout quand on appuie sur certaines parties, ou bien lorsqu'on s'efforce de refouler l'utérus vers le ventre. Dans ces manœuvres, il n'est pas rare aussi qu'on détermine l'écoulement d'une petite quantité de sang ; mais ce phénomène est loin d'être aussi fréquent qu'il l'est dans la dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse.

Dans l'engorgement chronique de l'utérus, la nutrition souffre peu; presque toutes les malades conservent assez d'embonpoint et de forces, et les digestions sont intactes; il y a très rarement de la fièvre. Cependant, chez beaucoup de femmes, on observe différents troubles sympathiques, surtout du côté des organes digestifs : ainsi les digestions sont pénibles, accompagnées de dégagement de gaz, de gonflement du ventre; enfin, différents accidents nerveux hystériformes peuvent se montrer à des intervalles plus ou moins rapprochés. On a dit également que les seins étaient souvent gonflés et douloureux; mais ce phénomène n'est pas aussi commun qu'on le dit généralement.

En résumé, on voit que le plus souvent un engorgement, même considérable, de l'utérus n'occasionne d'autres troubles fonctionnels que ceux qui résultent du volume de l'organe et de la compression ou des tiraillements que celui-ci exerce sur les organes voisins.

Marche, durée, terminaisons. — C'est le propre de ces engorgements de rester longtemps stationnaires et d'avoir une durée très longue; il est rare, en effet, qu'ils cèdent avant deux ou trois mois, le plus souvent leur résolution se fait attendre pendant une ou plusieurs années. On admet généralement que cet engorgement peut dégénérer en squirrhe et en cancer : cependant cette transformation, fort rare d'ailleurs, n'arrive que chez les femmes prédisposées. Si quelques personnes l'ont regardée comme étant très commune, c'est qu'elles ont confondu des engorgements primitivement squirrheux avec des engorgements inflammatoires. La terminaison par suppuration est fort rare; d'ailleurs les abcès qu'on observe dans le cours des engorgements chroniques de l'utérus se forment bien moins dans cet organe que dans ses annexes ou dans le tissu cellulaire du bassin, parties auxquelles la phlegmasie se propage quelquefois.

Diagnostic. — Les douleurs lombaires et sacrées, les tiraillements dans les aines et les cuisses, les pesanteurs au périnée, indiquent presque toujours une souffrance de l'utérus; mais le toucher seul permet d'établir le diagnostic avec quelque certitude, en faisant connaître le siége et la nature de la lésion. L'engorgement du col ne pourra jamais être confondu avec aucune des nombreuses tumeurs qu'on rencontre dans le vagin. Celui qui occupe le corps, par la dureté, par la douleur que la pression développe et par les accidents qui l'accompagnent, ne pourra être pris pour une grossesse commençante, ni confondu avec un développement de l'utérus produit par une môle; car, dans tous ces cas, l'organe n'a pas la consistance qu'il acquiert lorsqu'il est chroniquement enflammé. On ne croira pas à l'existence d'un engorgement chronique dans les cas de production cartilagineuse dans le tissu utérin; car alors l'organe est inégal et hérissé de tumeurs dures, solides, ayant un développement très lent. La maladie avec laquelle la métrite chronique, avec induration, offre le plus de ressemblance, est sans contredit l'induration squirrheuse; l'analogie est si grande, dans un certain nombre de cas, qu'il est vraiment impossible d'établir tout d'abord le diagnostic différentiel. Cependant le plus souvent on distingue les deux maladies l'une de l'autre en considérant

que le squirrhe est ordinairement limité au col, du moins à son début, qu'il est généralement mieux circonscrit que l'induration inflammatoire, que la dureté de l'engorgement, le poids de la tumeur, sont aussi beaucoup plus considérables, et que la pression y développe moins de douleur. Enfin, les inégalités et les bosselures de la tumeur squirrheuse, sa couleur, d'un blanc mat, les hémorrhagies qui l'accompagnent seront tout autant de caractères qui les distingueront des engorgements simplement chroniques.

Pronostic. — L'engorgement chronique de l'utérus est une affection qui compromet rarement la vie; cependant son pronostic est assez grave, en raison surtout de la lenteur avec laquelle la guérison survient. Comme il est incontestable que dans quelques cas, rares d'ailleurs, l'engorgement inflammatoire a dégénéré en squirrhe, on devra, par cela même, être très inquiet sur l'issue que pourra avoir un engorgement utérin affectant une femme vers l'âge critique, ou qui serait prédisposée à un cancer par voie d'hérédité.

Étiologie. — Les engorgements chroniques de l'utérus, très rares après l'âge critique, à moins qu'ils ne soient squirrheux, plus rares encore avant la puberté, affectent spécialement les femmes dans la période de vingt-cinq à quarante ans. Souvent consécutifs à la métrite aiguë, on les voit plus ordinairement encore survenir lentement d'une manière insidieuse, et ne se révéler par des symptômes particuliers que lorsque déjà la maladie occupe une grande étendue. Cette affection se remarque surtout après les couches pénibles ou les avortements, surtout lorsqu'ils ont été provoqués par quelque manœuvre directe. La sodomie, l'abus du coït, sont des causes aussi actives de métrite chronique que de métrite aiguë; elles agissent surtout efficacement lorsque l'utérus est en état de prolapsus.

Traitement. — A moins de contre-indication, il convient de commencer par opposer aux indurations chroniques de l'utérus une médication antiphlogistique. Lorsque la femme est forte, on pratique une ou deux saignées générales, puis on aura recours à quelques émissions sanguines locales: ainsi des ventouses scarifiées seront mises aux lombes, aux régions hypogastrique et sacrée, ou bien on appliquera des sangsues aux aines, à la vulve ou à l'anus, en ayant soin d'en mettre chaque fois un grand nombre, et de favoriser l'écoulement du sang, pour dégorger les tissus et empêcher l'effet congestif que provoquerait nécessairement une saignée locale insuffisante. Dans ces derniers temps, divers praticiens, et M. le docteur Duparcque entre autres, ont conseillé d'appliquer les sangsues sur le col utérin lui-même, préalablement mis à découvert à l'aide du spéculum. L'habile médecin que je viens de citer paraît avoir obtenu très rapidement, par ce moyen, la résolution d'engorgements utérins fort considérables. Cependant nous avons été moins heureux que lui, et, d'accord avec Dugès, avec madame Boivin, et avec M. Chomel, nous regardons l'application des sangsues sur le col utérin comme une pratique chanceuse, très désagréable, très fatigante pour la malade, plutôt encore que douloureuse. On ne devrait donc y avoir recours que lorsque, les autres saignées locales

ayant échoué déjà, il y a encore indication à tirer du sang. En même temps, les malades prendront des bains généraux ou des bains de siége émollients; elles feront dans le vagin des injections mucilagineuses et calmantes; on a même conseillé d'introduire des cataplasmes dans le vagin, ou de soumettre le col à une macération prolongée. Mais ces moyens sont répugnants pour la femme, et leur efficacité est d'ailleurs très contestable. Il importe surtout que les malades gardent un repos absolu dans la position horizontale. On entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou des boissons légèrement laxatives. Enfin, sans soumettre les femmes à une diète sévère, on devra néanmoins ne leur permettre que l'usage d'une très petite quantité d'aliments, afin d'activer le plus possible l'absorption interstitielle, surtout aux dépens de l'organe malade. Lorsque, nonobstant ces moyens énergiques, l'engorgement persiste, il faut lui opposer les révulsifs et les fondants. Dans les premiers se trouvent les vésicatoires, la pommade stibiée, les cautères, les moxas à la région sacrée ou sur l'abdomen, le séton à l'hypogastre. Les médicaments fondants seront surtout choisis parmi les préparations mercurielles ou iodées, qu'on administrera spécialement en frictions à l'hypogastre et aux parties interne et supérieure des cuisses. On a encore vanté les préparations d'or, d'arsenic et de tartre stibié en frictions (1 gramme par 32 d'axonge), dans le but de déterminer son absorption sans exciter d'éruption à la peau. Les alcalins en bains, en boissons, en injections, l'iodure de potassium à l'intérieur, depuis 1 jusqu'à 4 grammes, pourront être également utiles. Dans les engorgements tout à fait indolents et très anciens, on tentera encore l'emploi des douches ascendantes dans le vagin; elles seront simplement aqueuses, ou bien on les rendra alcalines ou sulfureuses; mais ce moyen exige de grandes précautions; on le suspendrait s'il était très douloureux. Enfin, il est des engorgements qui résistent à toutes les médications précédentes; on devra alors, pour peu que les antécédents y autorisent, tenter un traitement antisyphilitique complet, car il est un grand nombre d'indurations du corps et du col de l'utérus qui ne reconnaissent pas d'autre cause que le virus vénérien.

Je n'ai rien dit des sédatifs et des narcotiques, quoiqu'ils soient des auxiliaires puissants des autres médications. On les emploie lorsque les douleurs sont vives, lorsqu'il existe quelque autre accident nerveux, ou bien enfin lorsqu'on veut modérer l'action irritante de certains médicaments.

2° *Métrite chronique ulcéreuse et granulée.*

Des ulcérations de différente espèce peuvent se développer sur le col de l'utérus; les unes sont l'effet d'un travail idiopathique et purement local; les autres sont le produit d'une cause spécifique, comme le virus syphilitique, ou d'une diathèse générale, comme le cancer. On a encore prétendu qu'il y avait des ulcères herpétiques et scrofuleux; mais jusqu'à présent leur existence est très contestable. Nous n'avons à nous occuper ici que

des ulcérations idiopathiques. Nous en distinguerons trois sortes, qui sont : les *érosions simples* ou les *exulcérations*, les *érosions avec granulations*, et les *ulcères proprement dits.*

Les érosions sont des ulcérations extrêmement superficielles, qui semblent résulter uniquement de la destruction de l'épithélium et de l'inflammation du corps réticulaire, qui est rouge et uni. Cependant le plus communément la surface dénudée est hérissée d'un nombre plus ou moins considérable de petites granulations rouges, facilement saignantes, séparées par de petits sillons, ce qui lui donne la plus grande ressemblance avec la fraise, et surtout avec la framboise. Cette lésion peut être bornée à une des lèvres du museau de tanche ; mais le plus souvent elle les envahit toutes deux, et se prolonge plus ou moins sur le col, qui est gonflé, comme boursouflé, ainsi que dans sa cavité, et jusqu'à la face interne du corps. Cette lésion, qui est extrêmement commune, est connue sous les noms de métrite *granulée* ou d'*ulcération granulée* ou *framboisée.* Tout le monde cependant n'admet pas dans ces cas l'existence d'une exulcération du col. MM. les professeurs Chomel et Velpeau surtout regardent les granulations dont nous parlons, non comme des végétations à la surface d'un ulcère, mais comme une hypertrophie des follicules muqueux. Quelque habitué que je sois à partager les opinions de ces deux maîtres habiles, je ne puis cependant me rendre encore à leur avis, attendu qu'en examinant un grand nombre de cols utérins malades, il m'a semblé reconnaître dans les cas dont je parle les caractères d'une ulcération très superficielle. On ne saurait mieux faire que de comparer l'état que le col présente alors à la surface d'un vésicatoire, qui serait hérissée de petits bourgeons charnus. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il n'y a qu'une simple dénudation.

Cependant, ainsi que nous l'avons déjà dit, on trouve quelquefois sur le col des ulcérations plus ou moins larges et profondes, dont les unes sont l'effet d'une cause spécifique (syphilis, cancer, tubercules), tandis que les autres, ordinairement spontanées, ne tiennent qu'à une modification locale, à une altération de nutrition du tissu sur lequel elles siègent. Celles-ci doivent seules nous occuper en ce moment.

Les ulcérations dont nous parlons sont parfois très superficielles ; d'autres fois elles sont profondes, et dans ce cas elles s'accompagnent presque toujours d'un engorgement du col. La solution de continuité peut être bornée à une des lèvres, ou s'étendre aux deux ; quelquefois même elle se propage dans l'intérieur du col. Celui-ci est tantôt induré ; tantôt, au contraire, il est mollasse, comme œdématié au toucher. La surface de l'ulcération est plus ou moins inégale ; mais elle n'est pas grisâtre, et les bords ne sont pas taillés à pic comme dans l'ulcère syphilitique ; elle n'a pas des bords renversés, durs ou fongueux, comme dans l'ulcère cancéreux ; elle n'a pas des bords amincis, il n'y a pas des cavernes creusées dans le col et des trajets fistuleux, livrant passage à une matière caséeuse, comme dans les ulcères tuberculeux. On y découvre parfois de petites fongosités facilement saignantes ; on dit alors que l'ulcération est *fongueuse.*

Symptômes. — Les troubles produits par les ulcérations simples ou gra-

nulées du col sont très variables. Il est quelques femmes qui n'éprouvent aucune incommodité ; chez d'autres, il n'existe que peu de leucorrhée : mais chez la plupart l'écoulement est très considérable. Il est blanc, opaque ou puriforme, mêlé souvent à des mucosités transparentes qui sont fournies par la face interne du corps ou du col utérin. En même temps les femmes ressentent de la chaleur dans le fond du vagin, des pesanteurs incommodes au siége, des tiraillements et des douleurs dans les aines, dans les cuisses et vers les régions lombaire et sacrée. Ces souffrances sont assez grandes chez quelques femmes pour les empêcher de se livrer pendant quelque temps à la marche, et pour les forcer à conserver la position verticale. Le coït est souvent douloureux, et détermine un écoulement sanguin. La menstruation peut être régulière ; mais elle est souvent dérangée, soit pour les époques, qui sont irrégulières, soit pour la quantité de sang perdu, qui est tantôt plus, tantôt moins considérable. Le toucher ne fournit presque que des résultats négatifs : il fait constater seulement qu'il n'existe le plus souvent aucun engorgement du col et du corps ; mais il est rare qu'il fasse reconnaître la lésion dont le museau de tanche est le siége. Parfois, cependant, en promenant le doigt sur cette partie de l'organe, on sent de petites inégalités, ou bien, au lieu d'une surface lisse, unie et résistante, on distingue une surface mollasse et tomenteuse, qui donne, dit M. Chomel, la sensation qu'on éprouve lorsqu'on touche du *velours d'Utrecht*. Cependant tous les signes que nous venons d'énumérer ne peuvent fournir que quelques présomptions sur la nature de l'altération du col. Pour les reconnaître d'une manière certaine, il faut mettre les parties à découvert à l'aide du spéculum. Le col se présente alors plus volumineux ; les lèvres et l'orifice offrent une coloration d'un rouge vif, formant une plaque ovale ou arrondie bien circonscrite, très distincte de la partie saine, non seulement par sa coloration, mais encore par les petites saillies confluentes dont sa surface est parsemée, et qui nous l'ont déjà fait comparer à l'aspect de la framboise.

Les ulcères profonds ou les fissures produisent la plupart des accidents des exulcérations simples ou granulées. Cependant il paraît, surtout d'après les observations de M. Duparcque, que les premières déterminent des écoulements moins abondants ; mais elles s'accompagnent de douleurs plus vives, d'un sentiment de brûlure et de corrosion que les rapprochements sexuels exaspèrent souvent à un point extrême. Le toucher peut les faire reconnaître par la sensation qu'il donne d'une dépression ou d'une échancrure plus ou moins profonde sur un point de la circonférence de l'orifice utérin. Le col est en outre considérablement tuméfié, plus ou moins dévié ; tantôt dur, tantôt mou, et comme fongueux.

Marche. — Il est certain que les différentes ulcérations du col peuvent se cicatriser spontanément : cependant l'ulcération granulée est celle qui a le moins de tendance à guérir ; sa durée est toujours très longue.

Diagnostic. — Nous répétons que les différentes espèces d'ulcérations du col utérin, notamment la métrite granulée, ne peuvent être diagnostiquées qu'en mettant à découvert la partie malade à l'aide du spéculum.

Les caractères de l'altération, c'est-à-dire la coloration rouge et l'état granulé de la surface, sans dépression, ne permettent pas de la confondre avec aucune autre espèce d'ulcération, et surtout avec les ulcérations syphilitiques et cancéreuses, avec lesquelles, comme on le verra plus tard, elle n'a aucune espèce de rapport.

Pronostic. — Les ulcérations du col que nous venons d'étudier ne présentent aucune gravité. La métrite granulée surtout est une affection qui peut bien être incommode, mais elle est constamment bénigne : quelque ancienne et quelque étendue qu'elle soit d'ailleurs, elle ne produit jamais la dégénérescence cancéreuse. Il faut donc toujours calmer les craintes que presque toutes les femmes éprouvent ; on devra même s'abstenir de désigner leur affection par les noms d'*ulcère* ou d'*ulcération* à cause de l'idée de cancer que ces mots réveillent dans leur esprit. Les ulcérations profondes, celles surtout qui s'accompagnent d'un engorgement du col, sont plus graves, non en raison des suites, qui ne sont jamais fâcheuses, mais à cause de la longueur de la maladie. Ces maladies peuvent être un obstacle à la fécondation par l'obstacle mécanique qu'elles opposent parfois à l'introduction de la liqueur séminale dans la cavité utérine ; MM. Chomel et Emery ont vu des cas de ce genre.

Étiologie. — On ne connaît encore que très imparfaitement les causes de la métrite ulcéreuse ; ce qu'il y a de certain, c'est que les ulcérations et surtout la forme granulée ne se remarquent que chez les femmes encore jeunes, c'est-à-dire entre vingt-cinq et trente-cinq ou quarante ans : elles n'atteignent que celles qui ont eu un ou plusieurs enfants. Le virus vénérien n'a aucune part dans la production de cette maladie.

Traitement. — Le traitement consiste à calmer l'inflammation lorsqu'elle est très vive et à favoriser la cicatrisation des ulcérations. Lorsque celles-ci sont très douloureuses, lorsqu'elles reposent sur un fond enflammé, induré, on se bornera à prescrire des bains, des injections mucilagineuses et calmantes, et quelquefois aussi une ou deux émissions sanguines générales ou locales. Lorsque la période d'inflammation est passée, on remplacera les émollients par les résolutifs et les astringents, tels que les solutions d'alun, d'acétate de plomb, de sulfate de zinc ; si les tissus sont frappés d'atonie, on injectera dans le vagin quelque substance à la fois tonique et astringente, telle que la décoction de kina, de chêne, de noix de galle, de noyer. Cependant ces moyens ont, en général, fort peu d'action contre les ulcérations granulées, dont on ne peut déterminer le plus souvent la cicatrisation qu'en modifiant l'état des surfaces par la cautérisation. Pour pratiquer celle-ci, on introduit le spéculum, et après avoir mis le col à découvert, on l'absterge, avec des bourdonnets de charpie, des mucosités qui le lubrifient, puis on touche la surface rouge et grenue avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent, ou mieux encore avec un caustique solide, comme un crayon de nitrate d'argent. La cautérisation doit être généralement superficielle, excepté pourtant dans les cas où la surface est mollasse et saignante ; car il importe alors de détruire par une cautérisation plus profonde cette exubérance de tissu. Lorsque la surface

malade est blanchie par l'action du caustique, on pousse une injection d'eau tiède afin d'entraîner les parties du caustique qui, n'ayant pas agi, pourraient porter leur action sur le vagin; le spéculum est ensuite retiré. Il est rare qu'une seule cautérisation suffise; presque toujours il en faut un plus ou moins grand nombre, mais il importe qu'elles ne soient faites qu'à une assez grande distance les unes des autres. D'après les nombreux essais comparatifs auxquels nous nous sommes livré, nous croyons qu'il faut laisser entre chaque cautérisation un intervalle de huit jours. Cette petite opération ne produit communément aucune douleur : quelques femmes pourtant accusent un peu de cuisson; chez beaucoup un petit suintement sanguin a lieu le jour où la cautérisation a été faite, surtout lorsqu'elle est pratiquée pour la première ou la seconde fois. Chez quelques unes on hâte aussi de plusieurs jours l'apparition des règles. Presque toujours, dès la première cautérisation, on voit diminuer l'écoulement leucorrhéique à partir du quatrième ou du cinquième jour. Nous sommes dans l'habitude, le jour où la cautérisation est faite, de prescrire un bain tiède, quelques injections vaginales et le repos dans la position horizontale. Mais les jours suivants nous voulons que les femmes suivent leur état de vie ordinaire; et nous ne saurions approuver ici la pratique d'un grand nombre de médecins qui, pendant des mois entiers, condamnent les femmes à un repos absolu, ce qui produit souvent chez elles des dérangements dans les digestions et différents troubles nerveux. Le repos pourtant serait nécessaire s'il existait un engorgement considérable ou quelque déplacement de l'utérus. Les rapprochements sexuels nous paraissent devoir être interdits, ou du moins ils seront très éloignés pendant toute la durée du traitement, qui se prolonge souvent pendant deux ou trois mois et plus.

Bien que nous préférions dans tous les cas l'azotate d'argent aux autres caustiques, nous dirons cependant que tous les praticiens ne sont pas de cet avis. Ainsi beaucoup emploient le nitrate acide de mercure, qui non seulement n'a aucun avantage sur le premier, mais qui plusieurs fois a excité des salivations interminables. D'autres ont conseillé de toucher la surface malade avec le caustique de Vienne solidifié; enfin, M. Jobert a préconisé dans ces derniers temps la cautérisation avec le fer rougi à blanc : ce moyen est plus effrayant que douloureux. Il est surtout efficace dans les ulcérations fongueuses; mais pour celles qui sont simples ou granulées, nous préférons le crayon d'azotate d'argent.

La cautérisation ne convient pas seulement dans la métrite granulée, mais elle est également avantageuse dans les érosions et les ulcères bénins, simples ou compliqués d'un engorgement du col, lorsque les topiques émollients et détersifs ont été impuissants pour en déterminer la cicatrisation. D'ailleurs, lorsqu'il y a à la fois engorgement et ulcération du col, il faut traiter celle de ces lésions qui prédomine. En général, il faut chercher d'abord à dissoudre l'engorgement.

DE L'OVARITE.

On désigne sous le nom d'*ovarite* ou d'*oophorite* l'inflammation du tissu des ovaires.

Caractères anatomiques. — L'ovaire enflammé a presque toujours acquis un volume triple, ou quadruple de celui qu'il a à l'état normal; il a quelquefois les dimensions d'un œuf d'oie ou du poing d'un adulte. Il est alors arrondi ou ovale; son tissu, mollasse, friable, est d'un rouge plus ou moins foncé; à l'intérieur, il est infiltré d'un liquide séreux ou séro-albumineux; on y remarque quelquefois aussi de petites collections sanguines. A une époque un peu plus avancée on y reconnaît du pus infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. Lorsque l'ovaire est très volumineux, non seulement il dévie l'utérus, comprime le rectum, la vessie, les vaisseaux et nerfs pelviens, mais encore il déborde plus ou moins le rebord du détroit supérieur. Ces rapports nombreux rendront compte, plus tard, des différentes voies par lesquelles les abcès ovariques peuvent se vider. Enfin, pour terminer ce qui a rapport à l'anatomie pathologique, nous dirons que l'ovarite coexiste fréquemment avec d'autres altérations récentes ou anciennes de l'utérus, des ligaments larges, des trompes, du vagin ou du péritoine. Les caractères anatomiques de l'ovarite chronique ne sont pas encore suffisamment connus.

Symptômes. — Presque toujours l'ovarite débute par une douleur vive ou obtuse que les malades rapportent profondément derrière l'une des arcades crurales. Cette douleur, qui augmente par la pression, rend la marche pénible, et s'accompagne, le plus souvent, de malaise, de fièvre, et quelquefois de nausées et de vomissements. Cependant, bientôt on constate une tumeur plus ou moins volumineuse : d'abord cachée profondément dans le bassin, elle ne tarde pas à atteindre la hauteur du détroit supérieur; souvent même elle se prolonge dans la fosse iliaque, beaucoup plus rarement dans la région lombaire ou bien le long de la ligne blanche jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur, ayant la forme d'un ovale allongé, est placée presque toujours obliquement; elle est dure, rénitente, complétement mate et très douloureuse. Par la palpation et la percussion on détermine facilement ses limites supérieure et latérales; mais il n'en est plus de même inférieurement, où on sent qu'elle plonge profondément dans l'excavation pelvienne. Si on pratique le toucher vaginal, on trouve souvent l'utérus situé plus bas ou bien plus incliné, ou bien dans un état d'antéversion ou de rétroversion. On s'assure que les mouvements qu'on imprime au col sont transmis à la tumeur, et réciproquement; ce qui indique que celle-ci est formée par une des annexes de l'utérus, ou du moins qu'elle a contracté avec cet organe des connexions intimes. Enfin, on connaîtra les rapports de la tumeur avec le rectum en portant l'indicateur dans cet intestin.

Marche, terminaisons. — Après être resté pendant quelques jours stationnaire, l'engorgement inflammatoire peut diminuer et même disparaître

au bout d'un ou de deux septénaires; on dit alors qu'il y a eu résolution. Rien ne prouve, comme on l'a prétendu à diverses époques, que l'ovarite puisse se terminer par métastase, ainsi qu'on l'observe pour certains engorgements des testicules, soit que la métastase s'opère sur l'ovaire du côté opposé, soit qu'elle ait lieu sur le tissu cellulaire parotidien (*oreillons*). La suppuration est, au contraire, un accident très commun; elle est annoncée par une recrudescence des symptômes inflammatoires, et, plus tard, par des frissons irréguliers et par des sueurs nocturnes. En même temps la tumeur est plus molle, elle est fluctuante, sinon dans toute son étendue, du moins dans quelques points. C'est alors surtout qu'on note certains accidents, tels que des engourdissements, des crampes, ou l'œdème du membre pelvien correspondant, ou bien encore des envies fréquentes d'uriner, de la dysurie et de la constipation, à cause de la compression que l'abcès ovarique exerce sur les nerfs, sur les vaisseaux, sur la vessie et le rectum. Il importera de renouveler encore, en cette circonstance, le toucher par le vagin et le rectum, afin de constater les rapports que la tumeur a contractés avec ces deux organes.

Les voies par lesquelles le pus s'échappe à l'extérieur sont nombreuses. Le plus souvent l'abcès se vide dans un des organes environnants, spécialement dans le rectum et le vagin, moins fréquemment dans le col de l'utérus, et beaucoup plus rarement encore dans la vessie. Ou bien le pus se fraie une issue à travers les parois abdominales; enfin, dans quelques cas rares, le foyer s'étant rompu dans le péritoine, il en est résulté une péritonite sur-aiguë, et très promptement mortelle. Ce cas excepté, dans tous les autres l'ouverture de l'abcès est suivie d'un soulagement notable. L'écoulement du pus continue en général pendant plusieurs jours, puis il cesse d'avoir lieu, soit parce que sa source est tarie, et alors les malades guérissent de suite; soit plutôt parce que l'ouverture de communication est rétrécie ou oblitérée; dans ce cas, le pus s'accumulant dans le foyer, la tumeur reprend ses dimensions premières; les mêmes accidents se renouvellent jusqu'à ce que la matière purulente se soit frayé une nouvelle issue. Ces rétentions et ces écoulements alternatifs de pus peuvent se faire ainsi un grand nombre de fois de suite. Enfin, il est des malades qui finissent par succomber, épuisés par la langueur et l'abondance de la suppuration. La plupart cependant guérissent complétement; mais ce n'est guère qu'après plusieurs mois de traitement. Tout en se rétablissant, il est de ces femmes chez lesquelles l'ouverture reste fistuleuse; chez un plus grand nombre on voit persister dans l'excavation pelvienne un noyau d'engorgement, qui ne se résout que fort longtemps après, et qui peut, à des époques plus ou moins éloignées, au bout de plusieurs années, par exemple, redevenir le siége d'un nouveau travail inflammatoire qui se termine de la même manière que les premiers. Nous avons vu plusieurs fois ces récidives être marquées par des pertes utérines très considérables et très opiniâtres.

Diagnostic. — Nous croyons qu'il sera presque toujours possible de distinguer l'ovarite des tumeurs phlegmoneuses ou fluctuantes qui se

forment dans les fosses iliaques, si on se rappelle que dans l'ovarite la tumeur est ovoïde, obliquement dirigée, qu'elle plonge profondément dans le petit bassin, qu'elle est souvent mobile, et que les mouvements qu'on lui imprime peuvent être transmis à l'utérus, et réciproquement. Mais il nous semble absolument impossible de pouvoir distinguer, pendant la vie, les abcès des ovaires de ceux qui sont formés dans l'épaisseur des ligaments larges et dans la trompe. Quant au diagnostic différentiel de l'ovarite d'avec les différentes espèces de tumeurs de l'ovaire, telles que kystes séreux, pileux, et grossesses extra-utérines, comme ces lésions ont une marche essentiellement chronique, on parviendra toujours aisément à les différencier des engorgements inflammatoires.

Pronostic. — L'ovarite se termine fort rarement par la mort; cependant on ne doit pas moins la regarder comme une maladie fâcheuse, à cause de la persistance des accidents et des récidives qui ont souvent lieu.

Étiologie. — L'ovarite survient très fréquemment après les couches; cependant, malgré l'assertion contraire de Dugès et de madame Boivin, il est certain que cette maladie est assez commune en dehors de l'état de grossesse et de l'état puerpéral. Elle se déclare alors spécialement après la suppression brusque des règles, ou bien à la suite d'une violence; telle qu'une contusion de la partie inférieure de l'abdomen. On a surtout regardé l'ovarite comme se développant spécialement sous l'influence de certaines affections de l'utérus et du vagin. Ainsi M. Mêlier a prétendu que les ovaires s'enflammaient fréquemment dans le cours de la métrite ulcéreuse, opinion dont nous n'avons pu vérifier la justesse. On a dit aussi que dans la blennorrhagie de la femme l'inflammation se propageait souvent à l'ovaire, de la même manière que, chez l'homme, elle atteignait fréquemment le testicule. Sans nier absolument cette proposition, nous croyons néanmoins qu'on l'a un peu exagérée, et qu'en l'émettant on s'est peut-être beaucoup plus laissé guider par l'analogie que par une observation sévère. Quoi qu'il en soit, il est rare que les deux ovaires s'enflamment simultanément; l'inflammation paraît être beaucoup plus commune dans le gauche que dans le droit.

Traitement. — Si on traite la maladie dès son début, il n'y a d'espoir de la voir se terminer par résolution que par l'emploi méthodique du traitement antiphlogistique. Rarement les symptômes généraux sont assez graves pour nécessiter une, et à plus forte raison deux saignées générales; mais on appliquera un grand nombre de sangsues à l'hypogastre et aux aines; on recouvrira ces parties de cataplasmes; on donnera des bains; on entretiendra la liberté du ventre. On joindra à ces moyens quelques frictions mercurielles sur la tumeur, et lorsque la période inflammatoire est dissipée, si l'engorgement persiste encore, on produira une forte révulsion à la peau par l'application d'un ou plusieurs vésicatoires volants. La suppuration une fois établie, il faut tâcher de l'attirer à l'extérieur. Si la tumeur, proéminant à l'hypogastre ou dans le flanc, soulève fortement la peau, si à son niveau il existe de l'œdème, et si tout indique que l'abcès a contracté des adhérences avec les parois, on la vide par une large

incision ; dans le cas contraire, on applique successivement plusieurs morceaux de potasse caustique suivant le procédé que nous décrirons en traitant des kystes hydatiques du foie. En pratiquant le toucher par le vagin et le rectum, on reconnaîtra si l'abcès a de la tendance à se porter vers ces organes. S'il y forme une saillie notable, si dans cette exploration on constate bien la fluctuation, et si on reconnaît que la paroi est amincie, on ne devra pas hésiter à pratiquer une ouverture à l'aide d'un bistouri, d'un trois-quarts ou d'un pharyngotome. On favorisera l'écoulement du pus par une position convenable, on l'empêchera de stagner en poussant des injections dans le foyer ; il sera possible parfois d'exercer une compression méthodique. Si le trajet reste fistuleux, il pourra être nécessaire de l'irriter par des injections iodées, sulfureuses, ou même par une solution de nitrate d'argent. Enfin, dans des cas rebelles, on a conseillé une nouvelle grossesse, et on a presque toujours réussi alors à cicatriser le foyer par suite de la compression que l'utérus développé exerce sur ses parois.

DE L'INFLAMMATION DES TROMPES UTÉRINES ET DES LIGAMENTS LARGES.

Les trompes peuvent s'enflammer ; mais cette inflammation n'est pas souvent primitive, ou du moins elle existe rarement seule. Presque toujours, en effet, elle s'accompagne de quelque lésion de même nature ou de quelque autre altération de l'ovaire, des ligaments larges, de l'utérus et du péritoine. Quoi qu'il en soit, l'inflammation des trompes ne produit, en général, aucune tumeur ; les malades accusent, profondément dans le bassin et vers la région iliaque, une douleur plus ou moins vive. Mais en présence des résultats négatifs fournis par l'exploration, et notamment par le toucher, il est absolument impossible d'arriver au diagnostic de la maladie ; il en serait peut-être de même si la trompe, étant oblitérée à ses deux extrémités, et si de la matière purulente s'accumulant dans sa cavité, venait à former une tumeur plus ou moins volumineuse et proéminente dans le flanc. Nous ne pensons pas qu'en pareille circonstance il fût possible d'arriver au diagnostic du siége de l'altération ; cela, d'ailleurs, n'offrirait pas ici un grand inconvénient, du moins sous le rapport pratique. Dans les abcès de la trompe, le pus peut s'échapper par les mêmes issues que dans les cas d'abcès ovariques.

Ce que nous venons de dire de l'inflammation des trompes s'applique également à l'inflammation du tissu cellulaire compris entre les deux replis du péritoine, qu'on nomme *ligaments larges*. Cette inflammation, plus fréquente que celle des trompes, mais beaucoup plus rare que celle des ovaires, avec laquelle, d'ailleurs, elle coïncide souvent, survient presque toujours à la suite des couches. Elle détermine une douleur vive et profonde sur un des côtés de la petite excavation pelvienne ; souvent aussi par la palpation on découvre en ce point une tumeur dure, douloureuse, dirigée transversalement ou plutôt obliquement, suivant une ligne parallèle à l'aine. Cette tumeur finit par proéminer à l'hypogastre et jusque dans la fosse iliaque ; le tissu cellulaire de cette région finit souvent par s'en-

flammer à son tour. Le toucher vaginal, et surtout le toucher par le rectum, font reconnaître une tumeur rénitente ou fluctuante, qu'on distingue et qu'on isole bien de l'utérus ; mais il est absolument impossible de déterminer si cette tumeur est formée par l'ovaire, ou si elle l'est par le ligament large. D'ailleurs, quel que soit celui de ces organes aux dépens duquel l'abcès s'est formé, les dangers que courent les malades sont absolument les mêmes ; le pus peut s'échapper par les mêmes voies ; enfin, les indications à remplir ne diffèrent pas dans les deux cas.

DE LA PÉRITONITE.

Le mot *péritonite* signifie inflammation du péritoine.

Historique et divisions. — Avant les immortelles recherches de Bichat sur les membranes, on n'avait sur la péritonite que des idées très confuses, puisque, il y a à peine un demi-siècle, la presque généralité des médecins admettaient, avec Portal, avec Pinel et Bosquillon, que la péritonite n'était jamais indépendante de la phlegmasie des autres viscères abdominaux, avec laquelle elle était confondue. Quoique Jonhston, dans sa dissertation sur la fièvre puerpérale (Édimbourg, 1779), et Walter (1785), eussent signalé déjà que le péritoine pouvait s'enflammer isolément, on peut néanmoins avancer que ce fut Bichat qui, le premier, isola cette affection, et en fit une maladie aussi distincte de l'entérite et de la gastrite, que la pleurésie l'est de la pneumonie. Les recherches pathologiques de Gasc (Thèse de 1802), celles de Laënnec, insérées en l'an II dans le Journal de Corvisart, ne tardèrent pas à confirmer les opinions de notre grand physiologiste : dès lors la péritonite trouva sa place distincte dans le cadre nosologique, et devint l'objet de travaux très importants, que nous devons surtout à Broussais (1), à MM. Andral (2), Chomel (3), Scoutetten (4). (Voir plus bas *Péritonite puerpérale.*)

On doit distinguer plusieurs espèces de péritonite : l'une, que nous nommerons *spontanée* ou *primitive*, et qui survient chez l'homme ou bien chez la femme hors l'état puerpéral, sous l'influence des causes qui président au développement des autres phlegmasies ; la deuxième espèce est la péritonite dite *puerpérale*, parce qu'elle affecte les femmes récemment accouchées ; nous nommerons la troisième espèce, *symptomatique* ou *consécutive*, parce qu'elle survient en effet consécutivement à quelque lésion des viscères abdominaux, et notamment d'une perforation d'un des organes creux contenus dans le ventre ; enfin, nous admettrons une péritonite *chronique*. Dans chacune de ces quatre espèces, la phlegmasie peut être *générale*, c'est-à-dire envahir tout le péritoine, ou bien être *partielle*, c'est-à-dire être limitée à un point plus ou moins circonscrit de la membrane séreuse.

(1) *Phlegmasies chroniques.* (2) *Clinique médicale.* (3) *Dictionnaire de médecine*, article *Péritonite.* (4) *Archives*, t. 3, p. 497.

DE LA PÉRITONITE AIGUE SIMPLE OU PRIMITIVE.

L'observation journalière démontre que la péritonite spontanée ou primitive est une affection excessivement rare : la pratique de MM. Chomel et Louis confirme pleinement cette opinion.

Caractères anatomiques. — On a dit que lorsque les malades succombaient à une époque très voisine du début, comme douze ou vingt-quatre heures, on trouvait le péritoine seulement injecté, rouge, sec au toucher, et luisant. Cependant si, dans ce cas, on examine avec beaucoup d'attention, on rencontrera toujours sur quelques points une couche extrêmement mince d'une matière albuminense, demi-concrète, qui fait adhérer les circonvolutions intestinales entre elles. Cette sécrétion est le véritable caractère anatomique de la péritonite ; elle est d'autant plus marquée, et le nombre des circonvolutions intestinales qui adhèrent entre elles et avec les parois abdominales est d'autant plus considérable, que la mort est survenue à une époque plus éloignée du début. Si la péritonite a duré deux ou trois jours, on trouve en outre épanché dans le péritoine de 30 à 500 grammes d'un liquide séro-purulent mêlé à une plus ou moins grande quantité de flocons blancs, opaques, ou bien jaunes et verdâtres. Dans quelques cas rares, l'épanchement liquide est formé par du sang pur, qui a été exhalé, car on ne trouve pour expliquer sa présence aucune lésion dans les vaisseaux. Le péritoine enflammé ne subit aucune grave altération de nutrition : ainsi on ne le trouve jamais ni ulcéré ni gangrené ; quelquefois il semble un peu plus friable, et paraît se détacher un peu plus facilement de la surface des intestins ; mais il n'est jamais épaissi. Lorsqu'on l'isole complétement des concrétions albumineuses qui se sont formées à sa surface, on constate qu'il n'a point perdu sa transparence ; enfin, en en détachant des lambeaux sans entraîner le tissu cellulaire, on peut se convaincre que l'injection l'a très rarement pénétré, et que presque toujours la couleur rouge, qui semblait lui être propre lorsqu'on l'examinait en place, dépend de la congestion sanguine du réseau capillaire subjacent. Lorsque, au lieu d'avoir une issue funeste, la péritonite se termine par la guérison, les concrétions albumineuses subissent la même série de transformations que celle de la plèvre dans l'inflammation de cette membrane.

Symptômes, marche, durée, terminaisons. — Le début de la péritonite est souvent marqué par un frisson violent ; mais la douleur du ventre est presque toujours le premier et un des principaux symptômes de la maladie. Cette douleur, généralement bornée à un point de l'abdomen, comme l'ombilic, l'hypogastre, les hypochondres ou les flancs, est vive, pongitive, lancinante ; les mouvements, les secousses de la toux, les efforts de vomissement, ou ceux que nécessitent la miction et la défécation, l'exaspèrent toujours : il en est de même de la pression du ventre. Il est des malades qui ne peuvent supporter le poids des cataplasmes, des fomentations, et même celui des couvertures de leur lit, qu'on est alors obligé de tenir éloignées à l'aide de cerceaux. En même temps la plupart sont tourmentés par des vomissements formés de matières aqueuses, de mucosités, et le plus sou-

vent d'un liquide bilieux jaune ou verdâtre. La figure exprime la souffrance et l'anxiété ; le pouls, toujours fréquent, peut être dès le début petit et dur ; plus souvent il offre de l'ampleur et de la résistance ; le malade est agité, inquiet ; il se tient constamment immobile sur le dos, toute autre position aggravant les souffrances. Sa respiration est courte, interrompue, car il n'ose dilater complétement la poitrine, à cause des douleurs vives qu'il éprouve dans le ventre lorsqu'il contracte le diaphragme. Cependant la douleur abdominale devient bientôt plus vive et plus étendue ; dans quelques cas, le ventre semble rétracté, ou bien il conserve sa forme et son volume ; mais presque toujours, dès le deuxième et souvent dès le premier jour de la maladie, on constate une intumescence produite par un dégagement de gaz dans les intestins, comme le prouve la percussion, qui donne un son plus clair que d'habitude. Mais ce son ne tarde pas à s'obscurcir, surtout dans les parties déclives, comme l'hypogastre et les flancs, où s'accumule le liquide séro-purulent sécrété par le péritoine enflammé ; ce liquide existe quelquefois en assez grande abondance pour produire le phénomène de la fluctuation. On a dit qu'à cette époque l'auscultation du ventre faisait quelquefois entendre un bruit de frottement analogue à celui que nous avons trouvé dans la pleurésie, et qui serait produit suivant le même mécanisme que ce dernier, c'est-à-dire par le frottement réciproque de surfaces recouvertes de fausses membranes. Mais ce phénomène, quoique possible, est néanmoins excessivement rare dans les péritonites ordinaires.

L'aggravation de l'état local coïncide toujours avec une augmentation dans les symptômes généraux et sympathiques. Ainsi la fréquence du pouls augmente et dépasse ordinairement 120 pulsations ; celles-ci sont petites et faibles ; la face est grippée ; les nausées sont presque continuelles, les vomissements plus rapprochés, le malaise et l'anxiété extrêmes : souvent il survient du délire. Si la maladie continue à faire des progrès, le ventre se développe, souvent la douleur diminue ou cesse même tout à fait ; mais la face s'altère de plus en plus ; les extrémités se refroidissent ; le pouls devient filiforme, irrégulier, et d'une fréquence telle que souvent il ne peut être compté. Les liquides contenus dans l'estomac, au lieu d'être expulsés par les secousses du vomissement, sortent sans effort et par un simple mouvement de régurgitation. Enfin, la mort survient après une courte agonie : elle est quelquefois précédée par un état de délire ou de coma ; mais la plupart des malades conservent leur intelligence jusqu'au dernier moment. La forme de péritonite que nous étudions actuellement est rarement mortelle avant la fin du quatrième ou du sixième jour.

Si la maladie a une heureuse issue, le pouls perd de sa fréquence ; les vomissements cessent, la douleur diminue avec l'altération des traits ; les liquides épanchés dans le ventre sont résorbés ; dans quelques cas très rares, on les a vus se frayer une issue à travers les parois abdominales ou dans les intestins. Enfin, la convalescence se déclare ; mais très rarement elle est annoncée par quelque mouvement critique. Tout en guérissant, quelques malades restent sujets pendant longtemps à des douleurs ou à des tiraillements dans le ventre, qui augmentent dans certaines positions du

tronc, gênent les mouvements, les digestions, ce qui dépend probablement des adhérences qui se sont établies entre les anses intestinales. Ces incommodités peuvent persister ainsi pendant toute la vie ; mais le plus souvent elles finissent par cesser, soit que les viscères se soient habitués aux tiraillements exercés par les fausses membranes, soit que celles-ci aient été absorbées, ou que, devenues tout à fait celluleuses, et s'étant allongées, elles aient cessé de brider les viscères abdominaux. Quoi qu'il en soit, on sait à présent que ces adhérences peuvent devenir plus tard une cause d'*iléus* (voir ce mot) ; madame Boivin a prouvé en outre que, lorsqu'elles existent entre l'utérus et les parties voisines, elles sont une cause d'avortement, en raison des obstacles qu'elles apportent au libre développement de l'organe pendant la gestation ; enfin, dans ces dernières années, M. Mercier, reproduisant une idée de Walter, a établi que la péritonite pouvait devenir une cause de stérilité lorsqu'elle avait produit une adhérence du pavillon de la trompe. Dans quelques cas très rares la péritonite passe à l'état chronique.

Variétés. — La plupart des auteurs ont admis une péritonite *bilieuse*, *ataxique* et *adynamique*, suivant la prédominance des symptômes gastriques ou bilieux, et des accidents nerveux dits ataxiques et adynamiques ; mais il n'y a là rien qui soit plus spécial à la péritonite qu'à la plupart des autres phlegmasies.

Péritonites partielles. — Au lieu d'envahir tout le péritoine, l'inflammation peut n'occuper qu'une portion circonscrite de cette membrane ; on dit alors que la péritonite est *partielle*. Celle-ci se rencontre surtout dans l'excavation pelvienne et aux hypochondres. Elle est caractérisée, comme celle qui est générale, par une douleur vive, par de la fièvre, par des nausées et des vomissements ; mais ces accidents sont infiniment moins graves que dans les cas où la phlegmasie envahit la totalité ou la plus grande partie de la séreuse. Ce n'est guère que dans les péritonites locales qu'on constate quelquefois le bruit de frottement précédemment indiqué. Ce phénomène se produit surtout dans les cas où l'inflammation s'est développée au niveau d'un organe ou d'une tumeur solide, comme le foie, la rate, ou un kyste de l'ovaire ; car on conçoit alors qu'en raison de la résistance que ces surfaces opposent, le frottement doit être beaucoup plus énergique. Enfin, quelques symptômes particuliers peuvent se développer, suivant la portion du péritoine qui est enflammée. Ainsi, dans la péritonite diaphragmatique, ou dans celle de la convexité ou de la concavité du foie, on voit parfois survenir une teinte ictérique. La péritonite partielle a presque toujours une heureuse issue : cependant nous l'avons vue plusieurs fois se terminer par la mort, quoiqu'elle fût bornée à l'excavation pelvienne. C'est surtout dans cette variété de la maladie qu'on a vu l'épanchement abdominal se circonscrire et se vider par l'intestin ou à travers les parois abdominales, comme P. Frank l'a observé.

Diagnostic.— Une douleur vive du ventre augmentant par la pression, des vomissements, la fièvre, le caractère du pouls dont nous avons parlé, ainsi que l'altération profonde des traits, établissent une différence essen-

tielle entre la péritonite générale et le rhumatisme des parois abdominales, qui n'a d'autre ressemblance avec l'inflammation du péritoine que celle que lui donnent une sensibilité excessive du ventre à la plus légère pression, ainsi que les mouvements du tronc. Ces mêmes symptômes différencient la péritonite des coliques nerveuses, car dans celle-ci la douleur, que la pression calme le plus souvent, revient par accès et ne s'accompagne pas de fièvre ; souvent même le pouls reste aussi calme que dans l'état de santé.

La péritonite partielle, suivant le point où elle siège, pourrait simuler une gastrite, une entérite, une hépatite, une cystite, une métrite ; mais, dans ces dernières affections, la douleur est moins vive et moins superficielle que dans la péritonite, et on observe, en outre, des troubles fonctionnels spéciaux. Enfin, l'exploration des parties fournira des renseignements utiles ; c'est ce qui a lieu surtout pour la métrite, dans laquelle le toucher vaginal et rectal fera constater une augmentation de volume de l'organe. Dans la cystite, les envies fréquentes d'uriner, la dysurie et la tumeur vésicale seront des phénomènes caractéristiques. S'agit-il d'une gastrite, la soif, les douleurs et les vomissements pénibles excités par l'ingestion d'une boisson quelconque, permettront d'établir le diagnostic différentiel. Dans certains cas, cependant, celui-ci peut présenter quelque difficulté, en raison surtout des phénomènes sympathiques que la péritonite excite du côté de l'estomac. Lorsque la péritonite diaphragmatique produit un ictère, on ne doit pas croire pour cela à l'existence d'une hépatite, si la réaction fébrile était forte, la chaleur très vive, et si la palpation de l'hypochondre ne faisait point reconnaître une augmentation dans le volume du foie. Le diagnostic de la péritonite une fois établi, il faut le compléter en déterminant si la maladie est primitive, ou si, comme cela a lieu presque toujours, elle est consécutive à quelque lésion récente ou ancienne des organes abdominaux. Pour résoudre ce problème, on aura égard à l'état de santé antérieur, à la manière dont la péritonite a débuté et à la marche qu'elle a suivie. (Voir plus bas *Péritonite symptomatique*.)

Il est inutile de dire que chez les nouveaux-nés la péritonite se révèle par les mêmes symptômes que chez l'adulte. On a noté, en effet, chez eux la tension et la sensibilité du ventre ; les vomissements verts, la constipation. Dugès a signalé en outre, comme signe constant et pathognomonique, la saillie de l'ombilic ; mais M. Thore n'a constaté ce phénomène que chez un tiers des malades.

Pronostic. — La péritonite est une maladie toujours grave. Son pronostic sera subordonné à la gravité des symptômes généraux et à l'étendue de la maladie. Celle qui est générale est presque nécessairement mortelle.

Étiologie. — La péritonite spontanée primitive peut être observée à tous les âges de la vie. Des faits nombreux recueillis par Dugès, par Billard et par M. Thore, en France, et ceux du professeur Simpson, prouvent que la péritonite n'est pas très rare pendant la vie utérine, ainsi que chez les nouveaux-nés. L'habile médecin d'Édimbourg pense que la péritonite est une des causes les plus fréquentes de la mort du fœtus dans les der-

niers mois de la grossesse ; il lui a paru en outre que la phlegmasie du péritoine était plus commune chez les enfants appartenant à des mères syphilitiques. D'ailleurs, de même que chez l'adulte, ces péritonites sont souvent consécutives à quelque lésion viscérale (du foie, de la vessie et des intestins). Rien ne prouve encore que les péritonites soient plus souvent primitives, chez le fœtus ou l'enfant, que dans les âges suivants; mais si, chez le nouveau-né, l'inflammation péritonéale n'est pas toujours symptomatique de la lésion d'un viscère abdominal, presque toujours, ainsi que cela résulte des observations de M. Thore, elle arrive comme affection secondaire dans le cours de diverses maladies, notamment dans la pneumonie, dans le muguet, et surtout dans les érysipèles des parois abdominales, que M. Thore a vus se compliquer de péritonite dans les deux tiers des cas.

Nous ne savons absolument rien de positif sur les causes prédisposantes de la péritonite simple : presque toujours la maladie se déclare spontanément et sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable. L'impression du froid, la contusion du ventre, la suppression d'une hémorrhagie, la métastase rhumatismale, sont les circonstances qui ont agi le plus souvent comme causes déterminantes. On dit avoir vu plusieurs fois la péritonite régner épidémiquement, surtout dans les armées (Pujol).

Traitement. — La péritonite exige l'emploi d'un traitement énergique. Ainsi, lorsque la force du pouls le permet, il faut pratiquer une large saignée de 5 à 600 grammes, qu'on répétera une ou deux autres fois dans la première journée ; en même temps le ventre sera couvert, dans les parties où siége la douleur, d'un nombre de sangsues assez considérable, comme 50 ou 100, et l'on favorisera l'écoulement du sang par de larges cataplasmes émollients et par des fomentations, à moins que les malades ne puissent en supporter le poids. Lorsque les mouvements ne sont pas trop douloureux, on plongera les malades dans un bain tiède, et ils y resteront le plus longtemps possible. Il conviendra de se servir, en cette circonstance, d'une baignoire à double fond, à l'aide de laquelle les malades atteints de péritonite, de rhumatisme ou de toute autre affection très douloureuse, sont mis dans l'eau et en sont retirés sans efforts et sans douleur. On prescrit des boissons douces, mucilagineuses, acidules : elles seront données froides et même glacées ; elles seront prises en petite quantité à la fois, pour ne pas exciter les vomissements. Il importe aussi de tenir le ventre libre : les lavements étant contre-indiqués par les mouvements que leur administration nécessite, on les remplacera par quelque laxatif doux, donné par la bouche. Lorsque, nonobstant ces moyens, la péritonite continue à faire des progrès, et lorsque la faiblesse du pouls ne permet plus de recourir aux émissions sanguines, on devra tenter l'emploi des mercuriaux à haute dose : ainsi on fait une ou deux fois par jour, sur le ventre et les cuisses, des onctions avec l'onguent napolitain, en employant chaque fois 20 ou 30 grammes de pommade. On pourra également donner du calomel à doses fractionnées, 10 ou 15 centigrammes en 15 ou 20 prises. Loin de redouter la salivation, il faut, au contraire, la désirer : car la plupart des

malades qui l'ont guérissent. L'apparition de certains symptômes peut devenir aussi la source d'indications spéciales. Ainsi, lorsque la bouche est amère, lorsque des vomissements bilieux, verdâtres, ont lieu, toujours avec soulagement, on ne devra pas hésiter à combattre cet état avec 60 centigrammes ou 1 gramme d'ipécacuanha. Il est des péritonites qui sont remarquables par le développement des symptômes adynamiques et ataxiques : contre les premiers on conseille les toniques et les révulsifs ; aux seconds on oppose les remèdes antispasmodiques. Mais, malheureusement, cette médication n'est presque jamais couronnée de succès. Dans les cas extrêmes où tout a été épuisé, on paraît avoir quelquefois retiré des effets avantageux de l'application sur le ventre d'un très large vésicatoire. Ce moyen pourrait être encore utile dans le cas où, la fièvre et la douleur ayant cessé, il reste encore dans l'abdomen un épanchement séro-albumineux. La ponction, en pareil cas, est jugée peu rationnelle : cependant, si la péritonite était circonscrite, il y aurait probablement avantage à donner issue au fluide épanché et à exercer ensuite sur les parois une douce compression, pour en prévenir le retour.

DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

SYNONYMIE. — Métro-péritonite puerpérale, fièvre puerpérale, typhus puerpéral.

La péritonite est dite puerpérale lorsqu'elle survient chez les femmes récemment accouchées.

Historique. — Les graves accidents qui emportent un si grand nombre de femmes après l'accouchement ont fixé de tout temps l'attention des médecins ; mais c'est surtout dans le courant du dernier siècle que furent entreprises, en Angleterre, en Allemagne, en France, des recherches qu'on poursuit encore activement de nos jours. Doublet (1) et Doulcet (2) furent les médecins dont les travaux ont été le plus distingués ; mais ce sont nos contemporains qui, en recherchant et en signalant toutes les lésions viscérales que présentent les femmes emportées par la fièvre dite puerpérale, ont pu expliquer, jusqu'à un certain point, les symptômes si variables qu'on observe dans cette maladie. C'est surtout aux travaux de Dance (3), de MM. Tonnelé (4), Dugès (5), Baudelocque (6), P. Dubois (7), Voillemier (8), que l'on doit les progrès qu'a faits de nos jours cette partie de la science.

Caractères anatomiques. — Dans la péritonite puerpérale, les caractères anatomiques de l'inflammation du péritoine sont à peu près les mêmes que dans la péritonite simple : cependant il existe quelques différences qu'il

(1) *Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale*, Paris, 1789, in-12. (2) *Mémoire sur la maladie qui a attaqué les femmes en couche à l'Hôtel-Dieu*, Paris, 1782, in-4. (3) *Archives* de 1828 et 1829. (4) *Archives* de 1830, t. 12 et 13. (5) *Journal hebdomadaire*, années 1828 et 1830. (6) *Traité de la péritonite puerpérale.* (7) *Dictionnaire de médecine*, t. 26, article *Puerpérale.* (8) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839 et 1840.

importe de connaître. Ainsi la rougeur du péritoine est beaucoup moins vive; quelquefois elle est à peine marquée ; très rarement générale on ne la constate guère que dans l'excavation pelvienne, vers les fosses iliaques et à la paroi antérieure de l'abdomen. L'épanchement est beaucoup plus considérable ; mais il ne dépasse peut-être jamais 1000 grammes ; il est communément opaque, trouble et floconneux. Trompés par une grossière ressemblance, les auteurs du dernier siècle (Pujol, Levret, Bordeu, etc.) avaient pensé que ce liquide n'était autre chose que le lait dévié et altéré. Mais les analyses chimiques ont démontré depuis longtemps qu'aucun des éléments du lait n'existait dans ce liquide, qui ne diffère en rien, par sa composition, de celui qui se forme dans toutes les phlegmasies des membranes séreuses. Dans la péritonite puerpérale on trouve presque toujours les intestins très dilatés par des gaz : ces organes offrent toujours beaucoup moins de longueur qu'à l'état normal. C'est un fait que j'ai fréquemment constaté, à l'Hôtel-Dieu, pendant l'année 1835, époque à laquelle j'étais attaché à la salle des accouchements.

Indépendamment des lésions du péritoine qui sont constantes, quoique existant à des degrés différents, il en est d'autres qui sont accidentelles et dont la fréquence varie dans les différentes épidémies. Ainsi l'utérus est fréquemment exempt de toute espèce d'altération dans sa membrane d'enveloppe, dans son tissu, dans ses vaisseaux, ou bien tout se borne à un peu d'injection du péritoine qui le recouvre; de plus, son volume peut être un peu plus considérable que celui qu'il devrait avoir en raison du nombre de jours écoulés depuis l'accouchement. Cependant, dans un grand nombre de cas, et souvent chez toutes les femmes qui succombent dans le cours d'une même épidémie, on trouve l'utérus plus ou moins altéré. Ainsi quelquefois son tissu est rouge, injecté, infiltré de pus, friable ou ramolli ; d'autres fois il est le siége de cette altération que nous décrirons plus tard sous les noms de *ramollissement* ou de *putrescence*, ou bien encore il y a des abcès dans les ligaments larges ; enfin les ovaires sont gros, rouges, ramollis, infiltrés ou remplis de pus. Mais ces altérations sont rares, si on les compare à celles que nous allons indiquer, et qu'on rencontre, en effet, fort souvent chez presque toutes les femmes. Ainsi le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'utérus est fréquemment infiltré d'une petite quantité de pus blanc ou jaunâtre ; plus souvent on aperçoit à la surface de l'organe des traînées de vaisseaux lymphatiques, dont le volume varie depuis celui d'un fil jusqu'à celui d'une plume de corbeau. Ces vaisseaux sont sinueux ; ils offrent de distance en distance des renflements pisiformes qu'il ne faudrait point prendre pour de petits abcès, erreur que nous avons vu fréquemment commettre. Ils sont remplis de pus concret ou fluide, blanc ou jaune, ou bien verdâtre ; ils se dirigent presque toujours vers les angles supérieurs de l'utérus à l'insertion des trompes, où on en trouve ordinairement un grand nombre ; il en existe aussi au col utérin, à la face interne et dans l'épaisseur de l'organe, dans les ligaments larges, le long des vaisseaux ovariques, et dans le tissu cellulaire du petit bassin, surtout latéralement et en arrière, comme on peut s'en convaincre en enlevant avec

soin le péritoine. Souvent alors on constate aussi une légère infiltration purulente du tissu cellulaire du bassin. Celle-ci est presque toujours disséminée ; elle ne se révèle guère, le plus souvent, que par une coloration jaune ou verdâtre, et par un peu plus d'humidité du tissu. Lorsque j'ai voulu suivre la direction de ces vaisseaux lymphatiques, j'en ai presque toujours perdu la trace au niveau du détroit supérieur : dans quelques cas rares, je les ai vus se rendre dans des ganglions qui étaient gonflés, rouges ou complétement abcédés; mais je n'ai jamais rencontré le pus dans les vaisseaux efférents. Cependant d'autres médecins ont été plus heureux que moi : ainsi MM. Tonnelé, Nonat, Velpeau, Berrier Fontaine, Botrell de Rennes, ont suivi le pus jusque dans le réservoir de Pecquet, et quelques uns même dans toute la longueur du canal thoracique.

On a dans ces derniers temps beaucoup discuté pour connaître quelle est l'origine du pus qu'on rencontre ainsi dans les vaisseaux lymphatiques. Les uns, avec MM. Tonnelé et Nonat, ont cru que ce liquide était fourni par des vaisseaux lymphatiques atteints d'inflammation : cependant l'examen cadavérique ne justifie point cette opinion, car presque jamais on ne trouve les lymphatiques enflammés; si ceux-ci sont augmentés de volume, leurs parois du moins sont presque toujours souples, blanches, transparentes. Admettrait-on avec M. Cruveilhier que si les lymphatiques ne sont pas enflammés dans les points en contact avec le pus, ils le sont dans leurs radicules? c'est émettre une opinion qui n'est pas susceptible de démonstration. Quant à nous, nous croyons que dans la presque totalité des cas la présence du pus dans les vaisseaux est un simple effet d'absorption exercée sur le même liquide épanché dans le péritoine, dans le tissu cellulaire, et quelquefois dans l'utérus et ses annexes. Les raisons qui militent en faveur de cette opinion sont : 1° l'identité du pus contenu dans les lymphatiques et de celui qui est épanché dans le péritoine ou ailleurs; 2° l'intégrité presque constante des lymphatiques; 3° enfin ceux-ci se remarquent surtout à la surface et sur les bords de l'utérus, dans les ligaments larges et au col, c'est-à-dire précisément dans les parties qui sont le plus directement et le plus constamment en rapport avec le pus épanché dans le bassin. En résumé, pourtant nous croyons avec M. Duplay, qui a parfaitement étudié cette question, qu'on ne doit émettre aucune opinion exclusive sur l'origine du pus qui existe dans les lymphatiques.

Chez les femmes qui sont emportées par la péritonite puerpérale, on trouve encore quelquefois une phlébite plus ou moins étendue des veines utérines, pouvant gagner les veines ovariques et celles de l'excavation pelvienne. C'est dans ces cas seulement qu'on peut rencontrer des abcès disséminés dans les poumons, dans le foie, dans la rate, dans les reins et dans les muscles, ainsi que des collections purulentes dans les articulations. Ces lésions n'existent peut-être jamais lorsque le péritoine et les lymphatiques sont seuls affectés ; mais dans plus de la moitié de ces cas j'ai trouvé une pleurésie simple ou double. Les lésions qui peuvent être observées du côté des autres viscères sont purement accidentelles et ne doivent pas être énumérées ici.

Symptômes. — La péritonite peut débuter pendant le travail même de l'accouchement; toutefois ce cas est très rare. C'est entre le deuxième et le cinquième jour des couches que la plupart des femmes en sont atteintes. Presque toujours son début est marqué par un frisson plus ou moins intense, précédé, accompagné ou suivi d'une douleur abdominale plus ou moins vive, exacerbante, augmentant par la toux et par la pression. Elle commence presque toujours par la région hypogastrique ou par une des fosses iliaques; elle ne tarde pas à se rapprocher de l'ombilic, et elle finit par devenir générale. On remarque en même temps un ballonnement plus ou moins considérable du ventre. Le plus grand nombre des femmes éprouvent dès le début des nausées, quelquefois des hoquets, presque toujours des vomissements bilieux jaunes ou verdâtres; il y a de la constipation, et le plus souvent une diarrhée jaunâtre et sans coliques, surtout à dater du deuxième jour. La soif est vive, la langue est humide et recouverte d'un enduit blanc, rarement jaunâtre, qui souvent se dessèche et brunit les jours suivants. La respiration est accélérée, à cause du peu d'étendue de l'inspiration; la chaleur de la peau est élevée; le pouls, parfois ample, dur, est le plus souvent petit et concentré; la face, d'abord animée, vultueuse, ne tarde pas à se gripper, et exprime la souffrance; enfin quelquefois les lochies se suppriment, ou du moins elles diminuent d'abondance; très souvent elles n'offrent aucun changement. La sécrétion lactée ne s'établit pas lorsque la péritonite débute avant la fièvre de lait; si, au contraire, elle lui est postérieure, la sécrétion est moins active, et presque toujours les seins s'affaissent promptement. Si la maladie continue à faire de nouveaux progrès, la douleur devient générale, elle s'irradie jusque dans les lombes; le ventre se ballonne encore plus; il rend partout un son tympanique, excepté vers les flancs, où un épanchement séro-floconneux s'accumule. Cette distension des intestins par les gaz produit beaucoup d'anxiété et une grande gêne dans la respiration; en même temps les vomissements se rapprochent; les malades rejettent une bile verdâtre, porracée, épaisse, qui dans les derniers temps s'échappe sans effort et par un simple mouvement de régurgitation. Dans l'intervalle, beaucoup d'entre elles sont tourmentées par le hoquet; le pouls, toujours plus petit et dépressible, bat rarement moins de 130 à 140 fois par minute; la peau est inondée par une sueur visqueuse; la face est pâle, terreuse; les traits sont tirés, les yeux sont caves et bordés de noir; les lèvres sont violacées et tremblantes. La plupart des malades sont immobiles sur le dos, et dans un état d'accablement et de prostration; d'autres sont agitées par un délire qui est rarement furieux : les yeux sont hagards, les membres sont agités de tremblement; enfin la mort survient dans un état comateux. Beaucoup de malades pourtant conservent toute leur intelligence jusqu'au dernier moment, et chez presque toutes la douleur abdominale diminue ou cesse complétement un ou plusieurs jours avant le terme fatal.

Marche, durée, terminaisons. — La maladie suit une marche plus ou moins rapide. Dans quelques épidémies, elle est vraiment *foudroyante*, puisque nous avons vu la mort survenir au bout de dix heures; mais le

plus souvent alors il y a eu pendant quelque temps un état de malaise, sans douleur de ventre, qui n'a pas fixé l'attention ; puis tout à coup les symptômes prenant une acuité extrême, les malades sont emportées en quelques heures. Ce qui semble prouver que dans la plupart des cas il a dû y avoir avant les accidents suraigus une période pendant laquelle la maladie était *latente*, c'est l'étendue et le nombre des altérations cadavériques qu'on rencontre alors, et qu'on s'expliquerait à peine, si on ne pouvait fixer ce début à une époque un peu plus éloignée. Presque toujours cependant la péritonite puerpérale ne se termine d'une manière funeste qu'entre le sixième et le neuvième jour. Lorsque l'issue doit être favorable, l'amélioration commence en général avant cette époque par la diminution de la douleur, et surtout par celle de la fréquence du pouls et du météorisme. Cet amendement n'est guère observé que lorsque la péritonite a été partielle, et dans ces cas elle est presque toujours limitée à l'hypogastre. Du moment où la phlegmasie est générale, ses symptômes sont toujours en progression, et sa terminaison est presque nécessairement funeste.

Formes. — Certains symptômes, certains états venant à prédominer dans le cours de la péritonite puerpérale peuvent imprimer à la maladie une physionomie ou une forme spéciale. Ainsi souvent la fièvre puerpérale s'accompagne dès le début des symptômes généraux qui caractérisent les maladies les plus inflammatoires, c'est-à-dire qu'aussitôt après le frisson d'invasion et en même temps qu'une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans l'abdomen, le pouls s'accélère et acquiert de la force et de la vibrance, la peau devient brûlante et se couvre de sueur, la face s'injecte, les yeux sont larmoyants et les forces sont à peine prostrées. Cette forme de la péritonite que l'on nomme *inflammatoire* peut persister jusqu'à la fin, soit que la maladie cède à la médication antiphlogistique, soit au contraire qu'elle se termine d'une manière funeste. Dans ce dernier cas la maladie se transforme le plus souvent et présente les troubles variés que nous avons décrits maintes fois comme appartenant à l'état typhoïde. La fièvre puerpérale peut se montrer aussi sous la forme typhoïde d'une manière tout à fait primitive. La physionomie des malades, profondément altérée, porte alors l'empreinte de la stupeur ; les forces sont anéanties, il y a souvent du délire ; le pouls, d'une fréquence extrême, est petit et dépressible, la respiration est accélérée, l'anxiété est grande, le météorisme est considérable ; souvent une diarrhée fétide se déclare et contribue à prostrer les forces et à accélérer la terminaison fatale. Nous admettrons enfin dans l'étude de la fièvre puerpérale une forme *bilieuse* ou *gastrique* dans laquelle existent comme symptômes prédominants les troubles caractérisant l'état bilieux, c'est-à-dire la coloration jaune de la face, l'amertume de la bouche, l'enduit jaunâtre de la langue, les nausées, les vomissements bilieux suivis de soulagement. Cette forme, qui régnait à l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1782, et qui, convenablement traitée par Doulcet, fut pour ce médecin l'occasion d'une grande fortune, est pourtant rarement observée de nos jours. D'ailleurs cette forme bilieuse n'est souvent que le premier degré de la seconde période de la forme typhoïde.

Ces différentes formes de la péritonite puerpérale ne se lient à aucun caractère anatomique spécial; on les observe tantôt sporadiquement, tantôt elles règnent épidémiquement sans qu'on puisse le plus souvent expliquer par les conditions individuelles ou par celles du monde extérieur la physionomie que la maladie présente.

Complications. — La fréquence des différents symptômes que j'ai énumérés, leur combinaison, leur ordre de succession, leur marche et leur durée, varient à l'infini, suivant le génie des différentes épidémies. Ils sont aussi subordonnés au nombre et à la nature des altérations : ainsi, lorsqu'il y a péritonite ou métro-péritonite avec ou sans lymphangite, on observe toute la série des symptômes précédemment indiqués. Dans le cas pourtant où le tissu utérin participe à la phlegmasie, il cesse de revenir sur lui-même; il est flasque, mou; le col est gonflé, sensible; les lochies sont plus fétides. Si les veines sont envahies, et si c'est là la maladie prédominante, on constate tous les accidents de la phlébite utérine, tels que nous les avons décrits précédemment, p. 415. Nous avons prouvé combien fréquemment la pleurésie simple ou double venait compliquer la péritonite puerpérale Cette complication n'est guère annoncée que par une dyspnée plus grande et par une douleur sous-sternale : très rarement on observe un point de côté. La percussion et l'auscultation donnent les mêmes résultats que dans les pleurésies ordinaires; mais la souffrance des malades et la difficulté qu'on a à les mettre sur leur séant empêchent presque toujours de recourir à ces moyens d'exploration. Voilà pourquoi cette complication est presque toujours méconnue pendant la vie.

Diagnostic. — Lorsque tous les symptômes propres à la péritonite (douleur, météorisme, vomissements, fréquence du pouls, altération des traits) existent, le diagnostic est facile; mais souvent la maladie commence d'une manière insidieuse, et il importe alors de pouvoir en saisir la nature dès le début. Quoique la fièvre de lait s'annonce assez souvent par un frisson, on devra néanmoins être toujours inquiet d'un froid intense après les couches, lors même qu'il surviendrait à l'époque où se déclare communément la fièvre de lait. Celui qui se manifeste dans les vingt-quatre premières heures de l'accouchement, ou après la cessation de la fièvre de lait, annonce presque toujours le début d'une péritonite. On devra se méfier encore du météorisme, lors même qu'il ne s'accompagnerait d'aucune douleur de ventre, même à la pression. La fréquence du pouls est le symptôme qui doit ici contrôler tous les autres et en déterminer la valeur : ainsi les douleurs de ventre existant avec un pouls calme ne se rattachent jamais à une phlegmasie péritonéale; elles sont alors le plus souvent produites tantôt par des caillots retenus dans l'utérus, tantôt par la constipation. J'ai vu maintes fois celle-ci occasionner subitement des douleurs atroces dans le ventre vers le huitième ou neuvième jour des couches. Je ne reviendrai pas ici sur le diagnostic différentiel de la péritonite avec la métrite, l'ovarite, la cystite et la gastrite; plus tard je dirai en quoi la maladie se distingue du rhumatisme des parois abdominales. Chez la femme en couches, on pourrait enfin confondre la péritonite avec l'inflammation des symphyses;

mais dans cette dernière les douleurs sont fixes ; elles siégent au niveau des articulations malades, et on les exagère beaucoup par le mouvement des membres inférieurs.

Pronostic. — La péritonite puerpérale est une des maladies les plus graves ; on ne peut en espérer la guérison que lorsqu'elle reste circonscrite. Elle est surtout meurtrière lorsqu'elle règne épidémiquement, spécialement dans les hôpitaux, où parfois on sauve à peine une femme sur vingt. La forme typhoïde, surtout quand elle se développe primitivement, pardonne rarement. Le péril est d'autant plus grand que la péritonite survient à une époque plus voisine de l'accouchement. Le météorisme, l'altération des traits, la dyspnée, sont des symptômes fâcheux. Le médecin devra surtout établir son pronostic d'après la considération du pouls ; ainsi, lors même que tous les autres symptômes s'amenderaient, si le pouls conserve la même fréquence, il faut craindre encore que la maladie n'ait une issue funeste. Un pouls petit et faible, qui bat plus de 120 fois par minute, la face grippée, les vomissements porracés, les sueurs froides, un météorisme considérable, sont les signes les plus fâcheux.

Étiologie. — Nous ignorons encore quelle est la fréquence de la maladie dans les régions intertropicales ; mais tous les relevés statistiques s'accordent pour prouver que la fièvre puerpérale règne à peu près avec une égale intensité dans les différentes contrées de l'Europe. Des idées contradictoires ont été émises sur l'influence qu'exercent les saisons. Ainsi tandis que Doublet, Ténon, Chaussier, Dugès, Beaudeloque, admettent que la maladie est plus commune pendant les saisons froides et humides, on voit Nolte, White, Thomas Cooper, soutenir au contraire que les régions et les saisons chaudes sont plus favorables au développement de la maladie. La première de ces opinions paraît être pourtant la plus probable. Il est incontestable que la péritonite puerpérale atteint spécialement les femmes qui accouchent dans les hôpitaux, la maladie y sévit souvent d'une manière épidémique. Des observations nombreuses faites dans tous les pays ont démontré que l'encombrement des salles, que le non-renouvellement de l'air, que le voisinage de foyers d'infection, étaient les causes les plus ordinaires de ces épidémies meurtrières qui règnent presque tous les ans dans la plupart des maternités de l'Europe. Mais nulle part peut-être on ne vit les épidémies plus nombreuses et plus meurtrières qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, il y a à peine un demi-siècle, où, comme on peut s'en convaincre par la lecture du célèbre rapport de Ténon, existaient au plus haut degré les causes d'insalubrité précédemment énumérées. Cependant il est un grand nombre d'épidémies que l'on voit naître dans les établissements publics consacrés aux femmes en couches, à des époques où toutes les règles hygiéniques sont sévèrement observées ; il faut alors invoquer une constitution épidémique particulière dont la cause intime nous échappe, mais qui souvent alors étend son influence chez les femmes accouchées en ville, qu'elle atteint toutefois moins vivement et en moins grand nombre que celles qui ont cherché un refuge dans les établissements hospitaliers. Pour quelques personnes, l'influence épidémique ne suffirait pas pour expliquer

le développement de la péritonite sur un grand nombre de femmes : aussi a-t-on supposé, à différentes époques, un caractère contagieux à la maladie; mais cette opinion, qui a surtout trouvé des défenseurs en Angleterre, et que Clarke a appuyée de son autorité, n'est point démontrée.

Indépendamment des causes générales que nous venons d'énumérer, il est encore quelques circonstances particulières qui exposent davantage les femmes à la péritonite. C'est ainsi que la maladie atteint surtout les femmes qui pendant leur grossesse ont eu de violents chagrins, celles qui ont été exposées aux tourments de la faim et à toutes les privations que produit la misère. Il est incontestable que la péritonite frappe aussi beaucoup plus souvent les femmes primipares, celles qui ont eu un accouchement laborieux, surtout lorsqu'il a fallu recourir, pour le terminer, à l'introduction de la main ou du forceps. La rétention du placenta et la délivrance artificielle sont encore des causes très actives de péritonite. Nous en dirons autant des hémorrhagies utérines, qui agissent peut-être moins par l'affaiblissement qu'elles produisent que par les manœuvres et les remèdes qu'on emploie pour les arrêter. Cependant, dans la plupart des cas, la péritonite se développe spontanément et sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause efficiente; d'autres fois, la maladie succède manifestement à une indigestion, à l'impression du froid et surtout aux émotions morales. Quant à la suppression des lochies et du lait, qu'on a invoquée pendant longtemps comme étant la cause principale du développement des péritonites, nous dirons que ces causes sont purement hypothétiques; car l'observation journalière démontre que la diminution ou que la suppression des sécrétions lochiales et laiteuses sont bien plus souvent l'effet que la cause des inflammations du péritoine. Rien ne prouve d'ailleurs que la maladie soit moins commune chez les femmes qui allaitent.

Traitement. — 1°. *Prophylaxie.* Pour prévenir la péritonite puerpérale, il faut entourer les femmes des conditions hygiéniques les plus favorables : elles vivront dans une température douce, uniforme, dans un repos absolu de corps et d'esprit; on entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou par quelques laxatifs doux; on préviendra la rétention de l'urine dans la vessie; on favorisera par la position, et au besoin par quelques injections vaginales, l'écoulement des lochies, surtout si elles étaient fétides. Enfin, soit pour l'accouchement, soit pour la délivrance, soit dans les cas d'hémorrhagie, on n'aura recours aux manœuvres que lorsqu'une absolue nécessité en fera un devoir.

Pour les femmes qui accouchent dans les hôpitaux, il faut de toute nécessité empêcher qu'il y ait jamais encombrement; on éloignera toutes les causes capables d'infecter, de corrompre l'air. On devra préférer de petites salles de dix à douze lits, bien exposées, bien aérées, et séparées par de grands corridors, à des salles vastes, dans lesquelles il y a toujours des causes d'infection plus nombreuses, et où le renouvellement de l'air est toujours plus difficile.

2° *Traitement curatif.* Le plus grand désaccord règne parmi les médecins sur le traitement le plus convenable à opposer aux péritonites puerpé-

rales. Mais l'expérience a prouvé qu'il ne pouvait y avoir pour cette maladie aucune méthode uniforme de traitement, et que le choix des remèdes devait être déterminé, non seulement par la forme de la maladie, mais peut-être plus encore par le genre et par le caractère de l'épidémie. Les saignées sont presque toujours utiles, surtout au début ; mais leur emploi exige les plus grandes précautions, et on ne doit procéder qu'avec la plus grande réserve, même dans les cas où la maladie s'annonce avec des caractères franchement inflammatoires ; car il suffit souvent alors d'une saignée même modérée pour voir la prostration succéder à l'exaltation des forces. On devra donc ne faire que de petites saignées, c'est-à-dire de 200 à 300 grammes, sauf à les renouveler si elles étaient convenablement supportées. Lorsque l'état du pouls et des forces le permet, on aura recours concurremment aux saignées générales et à l'application d'un certain nombre de sangsues (20 ou 30) sur le ventre ; la saignée locale seule serait indiquée si, dès le début, la maladie s'accompagnait d'accidents typhoïdes. En même temps on recouvrira le ventre de fomentations et de cataplasmes émollients ; mais on devra s'abstenir communément de donner des bains, en raison des refroidissements auxquels ils exposent. Nous en dirons autant des injections vaginales, auxquelles nous n'avons jamais reconnu d'utilité. Enfin, s'il y a constipation, on la combattra par de doux laxatifs.

Cependant, dans la plupart des cas, les antiphlogistiques sont impuissants pour arrêter la marche de la maladie ; d'autre part, comme il est des épidémies dans lesquelles ces moyens sont constamment nuisibles, les auteurs ont proposé et souvent ils ont préconisé diverses médications qui, malheureusement, n'ont eu jusqu'à présent que des succès éphémères : tels sont l'ipécacuanha, proposé par Doulcet, en 1782, à dose vomitive ; l'huile de térébenthine, donnée par Brunan à la dose de 4 à 8 grammes par jour ; enfin les préparations mercurielles, qui, employées en 1764 par R. Hamilton, furent popularisées en France par Chaussier et par M. Velpeau. Ce dernier moyen est le seul qui mérite quelque confiance. On l'emploie comme il a été dit p. 506, mais en ayant le soin d'en doubler et d'en tripler les doses. Dans les fièvres puerpérales graves, il y aura avantage à prescrire les mercuriaux dès le début et concurremment avec les émissions sanguines.

La prédominance de quelques symptômes a fait préconiser encore quelques médications : ainsi les toniques et surtout le kina ont été vantés dans la forme adynamique ; les vésicatoires, le camphre et les autres antispasmodiques ont été conseillés contre les accidents nerveux ataxiques. Mais ces moyens, quoique rationnels, ne sont presque jamais couronnés de succès. Il est enfin des complications ou des symptômes incommodes auxquels on opposera une médication spéciale : ainsi la diarrhée est combattue par les mucilagineux et l'opium ; les vomissements, par les eaux gazeuses, par la glace ; s'ils résistent, on donnera un demi-gramme ou 1 gramme d'ipécacuanha. Enfin, lorsqu'il existe un météorisme considérable qui gêne la respiration, on fera sur le ventre des frictions avec l'huile de camomille camphrée. Je ne dis rien des moyens qu'on a conseillés pour rappeler

les lochies supprimées et pour exciter la sécrétion du lait, car ces précautions sont tout à fait illusoires.

Nature. — Il est inutile d'insister ici pour prouver la nature inflammatoire des altérations cadavériques : personne ne le conteste plus aujourd'hui ; mais quelques médecins, revenant aux idées anciennes, sont portés à considérer ces lésions bien moins comme le point de départ ou le caractère essentiel de la maladie que comme la conséquence d'un état général, d'une sorte d'infection du sang : lésion insaisissable, qui seule constituerait d'après eux l'essence de la maladie. Ainsi, d'après M. Voillemier, la fièvre puerpérale serait constituée non spécialement par une péritonite, par une métrite, par une phlébite, etc., mais par un état pyogénique de l'économie, c'est-à-dire par une tendance de l'organisme à produire du pus quelque part, dans le péritoine le plus souvent, dans les vaisseaux, dans le tissu cellulaire ou dans les muscles, non pas cependant que ce pus existe constamment, car M. Voillemier admet au contraire que quelquefois la maladie a eu une marche si prompte qu'elle n'a pas laissé aux altérations locales le temps de se développer. Ce chirurgien distingué a développé cette théorie avec un rare talent. Cette idée de faire de la péritonite puerpérale une fièvre spéciale comme le sont les typhus, a aussi trouvé dans M. le professeur Paul Dubois, un habile et éloquent interprète (1). Mais quelque grande et respectable que soit pour moi une pareille autorité, les faits que j'ai vus en grand nombre sont tellement opposés à ces doctrines que je ne saurais encore considérer celles-ci comme l'expression rigoureuse de la vérité. Pour défendre l'existence d'une fièvre puerpérale ou pyogénique on a invoqué surtout quelques faits dans lesquels on a vu des malades succomber avec tous les symptômes de la fièvre puerpérale, sans que l'autopsie révélât aucune altération dans les solides. Mais ces observations (que je suppose avoir été bien recueillies) sont tellement rares qu'on ne saurait s'en prévaloir pour établir une théorie de la maladie qui serait en contradiction formelle avec la presque universalité des faits. Il n'est pas exact d'ailleurs de dire que, dans les cas qu'on cite comme des exemples de fièvres puerpérales sans lésions, celles-ci aient réellement fait toujours défaut ; elles étaient seulement peu nombreuses, peu graves en apparence, ou du moins elles n'étaient pas en rapport avec la gravité et la promptitude des accidents. Ainsi le péritoine, à peine injecté, au lieu de contenir un vaste épanchement, ne renfermait qu'un peu de sérosité trouble ou sanguinolente, ou bien les circonvolutions étaient faiblement adhérentes entre elles par une légère exsudation plastique. Que faut-il en conclure, si ce n'est que la maladie, ayant suivi une marche rapide et foudroyante, n'a pas eu le temps de se caractériser anatomiquement, et n'a pas permis à l'inflammation de dépasser la période congestive ? Ceci n'offre d'ailleurs rien d'extraordinaire et qu'on ne retrouve dans quelques autres maladies analogues : c'est ce qu'on a vu notamment pour la

(1) Voir dans le t. XXVI du *Dictionnaire de médecine*, p. 336, l'article remarquable dans lequel M. Dubois défend l'idée d'une fièvre puerpérale.

méningite cérébro-spinale. D'ailleurs, pour juger des véritables caractères d'une maladie, il ne faut pas choisir les temps d'épidémie, pendant lesquels souvent tout est anormal, soit dans les lésions, soit dans les symptomes; mais il faut plutôt voir ce qu'est la maladie à l'état sporadique, lorsque surtout elle se développe sous l'influence d'une cause spéciale : or, dans ce cas, on ne verra rien qui puisse faire supposer l'existence d'une pyrexie franche. Tout en refusant de classer dans les fièvres proprement dites la péritonite puerpérale, je ne nie pas cependant que la maladie ne naisse le plus souvent sous l'influence de causes générales. Mais cela importe peu pour la question; car, que la pleurésie ou la pneumonie naisse sous l'influence de causes toutes locales ou par suite d'une cause générale, elle n'en constitue pas moins une phlegmasie ayant sous sa dépendance la fièvre qui l'accompagne.

Dans l'état actuel des choses, il faut regarder les femmes en couches comme étant, par le fait seul de l'état puerpéral, éminemment prédisposées à contracter certaines phlegmasies (*péritonite*, *métrite*, *phlébite*, etc.), maladies qui, précisément en raison de cette même condition étiologique, suivent une marche plus rapide. Ajoutons en outre que les affections puerpérales, régnant souvent épidémiquement, éprouvent en vertu de cette circonstance des modifications dans leur marche et leur physionomie, sans impliquer néanmoins un changement de nature. Nous concluons donc : 1° que la fièvre puerpérale n'existe pas ; 2° que les symptômes qu'on a rattachés à cette maladie dépendent toujours d'une phlébite utérine, d'un état de putrescence ou de gangrène de l'utérus, et avant tout d'une péritonite ou d'une métro-péritonite ; 3° que la gravité des symptômes, leur marche rapide, et la disproportion qui existe quelquefois entre eux et les lésions cadavériques, s'expliquent par la constitution épidémique et par l'état puerpéral, qui par lui-même est une prédisposition aux maladies précédentes, et constitue de plus une circonstance très aggravante.

DE LA PÉRITONITE AIGUE CONSÉCUTIVE OU SYMPTOMATIQUE.

Causes des péritonites consécutives. — Nous avons dit précédemment combien étaient rares les péritonites spontanées et primitives, si l'on excepte pourtant celles qui se développent pendant l'état puerpéral. En effet, presque toutes les péritonites qui surviennent d'une manière spontanée en apparence, et qui entraînent la mort des malades, ont leur point de départ dans quelque lésion des viscères ou des parois de l'abdomen. Ainsi le péritoine s'enflamme quelquefois à une période avancée des cancers de l'utérus, de l'estomac, des intestins et du foie, ce qui dépend très souvent de ce qu'une petite quantité d'ichor ou de pus cancéreux a été mise en contact avec la membrane séreuse. Des anévrismes volumineux de l'aorte et des artères iliaques ont aussi déterminé quelquefois des péritonites, tantôt par suite de l'excitation permanente que ces tumeurs entretiennent dans le péritoine, plus rarement par suite de l'épanchement d'une certaine quantité de sang consécutive à l'éraillement ou à une petite perforation

des parois. La péritonite peut être produite par la gangrène des intestins, avant que, par la séparation de l'escarre, les liquides et les gaz aient pu s'épancher dans le ventre; c'est ce qu'on voit fréquemment après l'opération de la hernie, c'est ce qu'on observe également dans les étranglements internes. Mais presque toutes les péritonites symptomatiques sont consécutives à la rupture d'un abcès ou d'un kyste, ou à la perforation d'un des organes creux renfermés dans la cavité abdominale. De toutes les altérations qui sont ainsi causes de péritonite, la plus commune, sans contredit, est la perforation intestinale survenant, dans le cours de l'affection typhoïde, au centre d'une ulcération. Enfin, il ne faut pas ignorer que la perforation peut siéger sur un point de l'appendice vermiforme du cœcum, et qu'elle peut être produite, comme pour le reste de l'intestin, par une ulcération typhoïde ou tuberculeuse; mais plus souvent elle est le résultat d'une inflammation simple ou gangréneuse, ou d'une déchirure opérée par un corps étranger, comme une esquille, une arête, un calcul, etc.

Anatomie pathologique. — Les péritonites qui sont consécutives aux causes que je viens d'énumérer ont les mêmes caractères anatomiques que les péritonites simples. Presque toujours elles sont générales; mais communément on trouve que la rougeur est d'autant plus vive, et que les fausses membranes sont d'autant plus abondantes, qu'on se rapproche davantage de la perforation, ou de la cause irritante, quelle qu'elle soit. On trouve en outre épanchés dans le péritoine en plus ou moins grande quantité les liquides contenus dans l'organe perforé. Ajoutons que, lorsqu'il y a eu perforation de l'estomac ou des intestins, on y trouve aussi des gaz qui se dégagent avec bruit à l'instant où le scalpel pénètre dans le péritoine. Tous ces liquides étrangers, particulièrement les fluides intestinaux, n'existent souvent qu'en proportion tellement minime, qu'ils ne font que colorer en jaune ou en brun les fausses membranes; mais cela seul suffit pour indiquer le point de départ des accidents. Quoi qu'il en soit, lors même que le liquide ne diffère en rien, par son aspect, de celui qu'on trouve dans les péritonites simples, on devra néanmoins, eu égard à la rareté de ces dernières, examiner toujours avec le plus grand soin les parois de l'abdomen et tous les organes contenus dans cette cavité, sans oublier jamais l'appendice vermiculaire du cœcum, qui non seulement peut être perforé ou gangrené, mais qui souvent n'a été qu'enflammé puis a contracté adhérence, et donné lieu à un petit abcès, lequel en s'ouvrant dans le péritoine a déterminé une péritonite suraiguë. On devra non seulement toucher et voir chaque anse intestinale en particulier, mais il faudra encore, dans le cas où on ne trouve pas d'abord la lésion, insuffler l'intestin sous l'eau; sans cette précaution, des perforations très petites, n'admettant, par exemple, que la pointe d'une fine épingle, pourraient passer inaperçues. On ne devra jamais non plus négliger d'explorer avec soin la vésicule biliaire, qui non seulement peut produire une péritonite en se perforant, mais encore lorsque, par une sorte d'usure de ses parois, elle a permis à la bile de transsuder dans le péritoine. C'est ainsi que j'ai vu deux femmes être emportées, dans le cours d'une fièvre ty-

phoïde, par une péritonite suraiguë qui ne reconnaissait d'autre cause qu'une altération de la vésicule du fiel, dont les parois ténues et poreuses comme une toile d'araignée avaient permis à la bile de fluer dans le péritoine.

Symptômes. — Lorsque les causes qui produisent les péritonites consécutives agissent autrement que par l'introduction d'une substance irritante dans la cavité séreuse, l'inflammation ne diffère pas par son mode d'invasion et par sa marche de celle qui survient spontanément. Mais il n'en est plus de même lorsque la maladie se déclare à la suite de la perforation d'une cavité naturelle ou accidentelle ; dans ces cas, le moment où la perforation s'opère, ou plutôt l'instant où les fluides se trouvent en contact avec le péritoine, est marqué par des accidents graves, et qui ont quelque chose de caractéristique. Ainsi presque tous les malades ressentent tout à coup dans le ventre, et ordinairement dans le point où s'opère la perforation, une douleur déchirante, s'irradiant bientôt dans tout l'abdomen, augmentant par la pression, et s'accompagnant presque aussitôt de frissons violents, de la décomposition des traits, de nausées, de vomissements, de l'accélération et de la petitesse du pouls, enfin de la suppression des selles si la péritonite est consécutive à une perforation intestinale. Dans quelques cas, la douleur, quoique très vive, se calme bientôt ; le ventre, tuméfié, est à peine sensible quand on le presse : aussi beaucoup de malades cessent de se plaindre, et espèrent une prompte guérison. Mais le médecin ne saurait jamais partager cette illusion, lorsqu'il voit persister et s'accroître les nausées, les vomissements, l'altération des traits, la fréquence, la petitesse du pouls et le refroidissement du corps. C'est, en effet, au milieu de ces accidents, et généralement après deux ou trois jours de souffrance, souvent au bout de dix-huit à vingt heures seulement, que presque tous ces malades succombent. La mort n'est pourtant pas une terminaison inévitable ; car il peut arriver que la portion du péritoine dans laquelle le liquide irritant s'épanche soit rapidement séquestrée du reste de la séreuse par la prompte organisation des fausses membranes. Dans ces cas, la péritonite est toute locale ; elle peut alors guérir, soit que l'épanchement se résorbe, soit qu'il se fraie une issue à travers les parois abdominales ou à travers l'intestin : de sorte que la perforation de cet organe, qui avait été la cause de la maladie, peut en être le moyen curatif. Mais un pareil résultat est fort rare ; car, d'une part, la péritonite par perforation n'est presque jamais locale, et d'autre part, les mouvements incessants du tronc et des viscères et l'issue de nouvelles portions de fluides détruisent sans cesse les adhérences qui tendraient à se former.

Diagnostic. — Une douleur vive dans le ventre débutant brusquement, augmentant par la pression, et s'accompagnant des autres accidents des péritonites suraiguës, indique une inflammation du péritoine produite par la pénétration dans cette membrane d'un fluide irritant. Dans quelques cas pourtant la péritonite par perforation peut être latente, c'est-à-dire que la douleur manque absolument : on n'observe alors qu'une décomposition profonde des traits, quelques vomissements, avec une fréquence et une petitesse

extrêmes du pouls. Cela n'a lieu que lorsque la perforation s'opère chez des sujets extrêmement affaiblis par une maladie déjà longue et qui a complétement émoussé la sensibilité. Nous avons vu encore cette douleur manquer lorsque, la perforation survenant dans le cours d'une péritonite chronique, les matières irritantes s'épanchaient dans un péritoine déjà recouvert de fausses membranes épaisses.

La péritonite par perforation une fois diagnostiquée, on recherchera le point de départ de la maladie; pour le déterminer, on aura égard aux antécédents et aux circonstances au milieu desquelles l'individu se trouve. Ainsi les signes de perforation surviennent-ils chez un sujet atteint de dothinentérie ou de phthisie, on soupçonnera une perforation intestinale. Si, au contraire, les malades portaient dans quelque partie du ventre une tumeur fluctuante qui s'est affaissé ou a diminué de volume au moment de la manifestation des accidents de péritonite, on regardera celle-ci comme ayant été produite par la perforation ou par la rupture de la tumeur dont je parle.

Pronostic. — Il est peu de maladies qui soient aussi graves que la péritonite par perforation. Le danger d'ailleurs est d'autant plus prononcé que le fluide est de nature plus irritante et qu'il s'est épanché dans le ventre en quantité plus grande.

Traitement. — Tous les traitements que nous avons conseillés dans les deux premières espèces de péritonites seraient ici inutiles ou irrationnels. Il faut, dans ce cas, empêcher l'issue d'une nouvelle quantité de liquide, et favoriser la formation d'adhérences protectrices. Pour cela, et quel que soit l'organe perforé, on condamnera le malade au repos le plus absolu, à l'immobilité la plus complète; on évitera qu'aucune espèce de pression soit exercée sur le ventre. Si, comme cela a presque toujours lieu, la perforation siége sur un point des organes digestifs, on privera les malades de boire et on étanchera leur soif en ne leur donnant que quelques morceaux de glace, ou en les faisant gargariser avec de l'eau fraîche, ou bien encore en leur faisant sucer des quartiers d'orange. Si c'était la vessie perforée qui donnât lieu aux accidents, on mettrait dans ce réservoir une sonde à demeure, et on la laisserait toujours débouchée pour empêcher toute accumulation d'urine dans l'organe. Dans tous ces cas, et surtout lorsqu'il existe une perforation intestinale, il faut, d'après les conseils de deux médecins habiles, les docteurs Graves et Stokes, administrer de suite l'opium à haute dose, ainsi que nous l'avons recommandé précédemment (voir p. 57). Ces moyens ne devraient pas faire négliger les antiphlogistiques si l'état du pouls l'indiquait, mais il convient de n'y avoir recours qu'avec mesure; il est rare d'ailleurs de les voir même soulager les malades, et je ne crois pas qu'ils aient jamais guéri personne. Il en est de même des mercuriaux.

DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE.

La péritonite chronique se présente assez fréquemment dans la pratique. Cette forme de la maladie est très rarement consécutive à la péritonite

aiguë, mais presque toujours elle survient primitivement. Elle peut être partielle ou générale : elle est rarement simple ; mais communément elle se complique de la présence de tubercules ou de tumeurs cancéreuses dans le ventre.

Caractères anatomiques. — Chez les sujets qui succombent à la péritonite chronique, j'ai trouvé un épanchement ascitique à peine dans un dixième des cas. Il est parfois blanc, opaque, tout à fait purulent; plus souvent il n'est que séro-floconneux ; ordinairement il n'existe point ou à peine d'épanchement liquide. La paroi abdominale antérieure, aplatie, déformée, adhère intimement avec l'épiploon et les intestins grêles. Souvent à l'ouverture du ventre on n'aperçoit aucun des viscères contenus dans cette cavité, pas même le tube intestinal, à cause des fausses membranes qui les recouvrent. Celles-ci sont épaisses, grisâtres ou noirâtres, consistantes, ou bien molles, friables, et d'un aspect amorphe. En les incisant ou en les séparant, on trouve au-dessous d'elles le tube intestinal, surtout l'intestin grêle, rétracté au-devant de la colonne vertébrale et collés entre eux. Souvent il est tellement adhérent qu'il est impossible de l'isoler : lorsqu'on peut y parvenir, on reconnaît que l'organe a beaucoup moins de longueur ; son diamètre est moins considérable, et ses parois, qui ont subi une véritable atrophie, semblent n'être plus formées que par les tuniques interne et externe. Dans quelques cas rares, les fausses membranes se présentent autrement : elles sont organisées, transformées en un tissu lamineux. celluleux, dense, qui, dans quelques points, a subi les transformations fibreuse ou cartilagineuse. Cette disposition, quoique peut-être un peu moins défavorable que la précédente, apporte cependant beaucoup de gêne aux fonctions des organes abdominaux, qui sont comprimés et tiraillés par ces brides qui se croisent en tous sens dans la cavité du ventre.

Dans la presque totalité des cas, c'est-à-dire onze fois sur douze, nous avons trouvé des tubercules tantôt dans les fausses membranes, plus souvent sous la tunique péritonéale des intestins. Ces tubercules sont tantôt rares, d'autres fois ils sont agglomérés en grand nombre, ils sont à des degrés différents de développement, depuis l'état miliaire jusqu'au ramollissement. Il en existe aussi à la face interne des intestins, où ils produisent des ulcérations : celles-ci peuvent devenir la cause d'une perforation, et alors on trouve un épanchement de matière stercorale dans tout le péritoine, à moins que la perforation ne se soit établie dans un petit espace circonscrit par de fausses membranes. Enfin, on voit quelquefois une communication accidentelle s'établir entre deux anses intestinales accolées l'une à l'autre ; cette perforation est produite tantôt par une ulcération développée à la face interne de l'une d'elles; d'autres fois c'est par l'intermédiaire d'un abcès tuberculeux qui, formé dans les fausses membranes, s'ouvre à la fois dans les deux anses d'intestin qui lui sont contiguës.

Annoncer la présence des tubercules dans le péritoine et les intestins, c'est dire qu'il y en a presque toujours dans les poumons. Nous n'avons, en effet, guère observé qu'une seule exception à cette règle. Presque toujours les tubercules pulmonaires, à en juger du moins par leur développement,

semblent être antérieurs à ceux du ventre. En résumé, il suit de ce qui précède que la péritonite chronique est presque toujours tuberculeuse. Nous avons vu, en effet, les tubercules ne manquer qu'*une fois*, et, dans ce cas, il y avait déjà de ces productions dans les poumons, de sorte qu'il est naturel de penser que si le malade avait succombé un peu plus tard, il s'en serait également développé dans les intestins et dans les fausses membranes du péritoine. Ce résultat est à peu près conforme à celui de M. Louis, qui, jusqu'à présent, n'a rencontré la péritonite chronique que chez des sujets tuberculeux. Nous croyons d'ailleurs que, dans aucun cas peut-être, les tubercules péritonéaux ne sont *primitifs ;* mais ils ne se développent que consécutivement à l'inflammation de la séreuse. Deux fois j'ai vu la péritonite chronique survenir dans le cours d'un cancer envahissant le grand épiploon, et une fois chez une femme atteinte de carcinome utérin : les lésions étaient les mêmes que tantôt, sauf qu'il n'existait point de tubercules dans les fausses membranes.

Symptômes. — Le début de la péritonite est presque toujours obscur. Les malades se plaignent de douleur de ventre obtuses, profondes, quelquefois vives, lancinantes, apparaissant à d'assez longs intervalles, sous forme de paroxysmes qui durent un ou plusieurs jours, pendant lesquels les malades sont forcés de rester en repos. Les coliques s'accompagnent, en général, de diarrhée, quelquefois de constipation : le plus souvent ces deux symptômes alternent entre eux. Bientôt les digestions sont difficiles; le malade languit, maigrit, se décolore, et perd plus ou moins rapidement ses forces. Chez quelques uns, le ventre grossit, par suite du météorisme des intestins et du liquide qui s'épanche dans le péritoine (Louis). L'abdomen donne alors un son mat inférieurement, et on y perçoit le phénomène de la fluctuation. Cet épanchement est rarement considérable : nous l'avons vu une seule fois être de 2,000 grammes. Il diminue et augmente irrégulièrement. Enfin, après beaucoup d'alternatives, il finit le plus souvent par se résorber entièrement. Lorsqu'il n'existe point de liquide, le ventre est déformé, aplati vers l'ombilic ; d'autres fois, au contraire, cette partie est plus saillante : la maigreur des parois permet souvent de sentir le relief que forment les anses intestinales dilatées par des gaz, et qui résonnent alors sous la percussion. D'autres fois, on distingue une ou plusieurs tumeurs plus ou moins volumineuses, formées par l'agglomération de plusieurs anses intestinales, donnant à la percussion un son clair ou obscur, suivant qu'il existe peu ou beaucoup de fausses membranes à ce niveau. La pression réveille en général les douleurs dans un ou plusieurs points du ventre. En palpant la paroi abdominale, il est facile de constater qu'elle n'a pas sa souplesse ordinaire ; mais elle offre une *tension permanente, une rénitence et une dureté particulières*, ce que je regarde comme étant le signe pathognomonique de la maladie. Tous les malades atteints de péritonite chronique éprouvent, à différentes époques de leur maladie, des vomissements en général verdâtres, que nous avons vus plusieurs fois persister pendant quelques mois avec une opiniâtreté désespérante. Tous ont de la diarrhée, les uns d'une manière continue, d'autres de temps en

temps. Chez quelques uns, les aliments sont rendus intacts ou à moitié digérés (*lienterie*), ce qui dépend, tantôt d'une simple perversion des forces digestives, d'autres fois de ce qu'une perforation s'est établie entre le jéjunum et une portion du gros intestin. On conçoit que, dans ces cas, heureusement fort rares, les malades sont exactement dans les mêmes conditions que ceux qui ont un anus contre nature dans un point voisin de l'estomac : aussi voit-on alors l'amaigrissement faire des progrès rapides, et la mort survenir dans le marasme. Lorsque la péritonite est simple, ou lorsqu'il y a peu de tubercules, quelques malades s'éteignent sans avoir eu de fièvre : cependant presque tous ont une fièvre lente qui présente tous les caractères de la fièvre hectique. Enfin il est inutile de dire que, très fréquemment, aux symptômes abdominaux se joignent les signes propres à la consomption pulmonaire. Indépendamment des phénomènes précédents, qui existent presque constamment, il en est quelques uns d'accidentels, dépendant de la compression que les anses intestinales et que les fausses membranes, formant tumeur, exercent sur quelques organes. C'est ainsi que nous avons vu une malade se plaindre de dysurie; chez une autre, l'utérus était dévié; enfin nous avons observé, avec M. Chomel, une sciatique très douloureuse, qui résista à tous les moyens de traitement, et qui était produite par la compression du nerf sciatique correspondant. La péritonite chronique nous a offert quelques légères différences dans les cas où elle dépendait de la présence d'un carcinome épiploïque ou utérin. Le ventre alors était le siége de douleurs lancinantes qu'on n'observe ni dans la péritonite chronique simple, ni dans celle qui est tuberculeuse; l'épanchement ascitique a été permanent et n'a jamais complétement cessé. On voyait de plus, dans les cas de cancer épiploïque, se dessiner à la région moyenne du ventre une tumeur dure et bosselée, soulevant la paroi abdominale, qui ne présentait point d'ailleurs la dureté et la résistance que nous avons notée tantôt comme un signe caractéristique : aussi la péritonite a-t-elle été méconnue chez ces deux malades.

Marche, durée, terminaisons. — La péritonite chronique a une marche lente; souvent elle reste stationnaire pendant quelque temps, très rarement elle semble rétrograder; mais presque toujours la maladie suit lentement une marche ascendante; enfin elle se termine presque nécessairement par la mort, après une durée qui varie entre deux mois et deux ans. Sa durée moyenne peut être fixée à sept mois. Presque tous les malades succombent épuisés; chez d'autres, c'est une perforation intestinale ou une pneumonie qui accélère le terme fatal. Cependant nous rappellerons que la perforation intestinale et que l'épanchement stercoral, s'opérant dans un péritoine recouvert de fausses membranes épaisses, peuvent avoir lieu sans exciter l'appareil symptomatique formidable que nous avons précédemment décrit : aussi avons-nous vu la douleur manquer presque toujours. Quelquefois on ne constate qu'une altération profonde des traits, et un affaissement subit des forces, ce qui indique l'invasion d'une maladie intercurrente quelconque, mais sans en caractériser précisément aucune. Enfin, un fait rapporté par M. Andral (fait unique jusqu'à présent) prouve qu'une perforation intesti-

nale peut s'établir dans le cours d'une péritonite chronique, non seulement sans réveiller aucun trouble particulier, mais encore en n'empêchant pas le malade de vivre encore pendant six semaines.

Diagnostic. — La péritonite chronique est d'un diagnostic difficile au début ; on ne peut, en effet, que la *soupçonner* lorsque les malades ne se plaignent encore que de douleurs sourdes, de coliques passagères avec diminution dans l'embonpoint et les forces. Ce n'est que lorsqu'il se forme un épanchement dans le ventre, et que les parois abdominales déformées offrent la rénitence et la dureté dont j'ai parlé, que le diagnostic peut être sûrement établi.

La péritonite chronique peut être partielle. Lorsqu'elle occupe l'excavation pelvienne, elle est d'un diagnostic presque impossible ; ailleurs, la douleur, la rénitence des parois, la sensation d'une tumeur bosselée et inégalement sonore, permettront d'être fixé sur la nature de la maladie. En général, cette espèce de péritonite est presque toujours consécutive à quelque cancer viscéral, comme un cancer de l'estomac, de l'utérus, des reins ou à d'autres lésions, comme un abcès des fosses iliaques, etc.

Pronostic. — Il n'est pas encore prouvé qu'on ait jamais vu guérir une péritonite chronique un peu étendue. Il est inutile de dire que cette guérison ne peut être observée que dans les cas, excessivement rares, où la maladie est primitive et dégagée de toute complication tuberculeuse ou cancéreuse.

Traitement. — Le rôle du médecin se borne presque toujours à une médecine palliative. C'est ainsi qu'on entretiendra les forces par une alimentation douce. On prescrira le repos, on combattra le dévoiement par le bismuth, par les mucilagineux et par les opiacés. Si les douleurs sont vives, on appliquera des cataplasmes, et au besoin même quelques sangsues ; on donnera des bains généraux ou locaux. Aux vomissements opiniâtres, on opposera les boissons gazeuses et la glace. Si l'épanchement ascitique devenait trop abondant, on le viderait par une ponction. Enfin, comme l'incurabilité absolue de la péritonite n'est pas encore démontrée, comme elle peut quelquefois ne point se compliquer de la présence de tubercules, il convient d'employer peut-être quelques moyens actifs, dans l'espoir de favoriser la résorption des fausses membranes. C'est ainsi que l'on aura recours aux frictions mercurielles et iodées, aux eaux minérales alcalines, sulfureuses, en bain, boisson et douches ; enfin, on établira sur le ventre plusieurs exutoires puissants, comme sétons, moxas ou cautères.

INFLAMMATIONS DU TISSU CELLULAIRE.

DU PHLEGMON DES CAVITÉS SPLANCHNIQUES.

Le tissu cellulaire des cavités splanchniques est susceptible de s'enflammer comme celui des autres parties du corps. En parlant ici de phlegmons splanchniques, je n'entends désigner par là que ceux qui se développent

dans la poitrine et l'abdomen ; car il est inutile de dire qu'il n'en existe pas dans le crâne, puisqu'on ne rencontre dans cette cavité qu'une très petite quantité de tissu cellulaire lamineux, et par conséquent peu susceptible d'inflammation. Il n'en est plus de même dans la poitrine, où, notamment dans les deux espaces triangulaires qu'on nomme *médiastins*, existe en abondance du tissu cellulaire qui peut s'enflammer d'emblée ou consécutivement à l'altération d'un autre organe. Mais c'est surtout dans la cavité abdominale, spécialement dans sa moitié inférieure, qu'on observe l'inflammation du tissu cellulaire ; c'est ce qui s'explique par le grand nombre d'organes qui y sont contenus, par les altérations diverses dont ils sont le siége, et les changements rapides et variables que l'état physiologique amène dans leur volume et leur situation. Ajoutons enfin que le tissu cellulaire abdominal, protégé seulement par des parois molles, est plus susceptible de recevoir l'impression des causes extérieures que celui du thorax, que protégent des parois solides et élastiques.

DES PHLEGMONS ET DES ABCÈS DES MÉDIASTINS.

Le tissu cellulaire des médiastins, surtout celui du médiastin antérieur, s'enflamme quelquefois. Cependant cette affection est fort rare : aussi ne possédons-nous encore sur elle que des renseignements tellement incomplets, qu'il n'est peut-être pas encore possible d'en tracer l'histoire. Voici pourtant ce qu'on sait de plus positif sur ce sujet.

Symptômes, marche, terminaisons. — Lorsque l'inflammation est primitive, ou lorsqu'elle succède à une violence extérieure, les malades accusent derrière le sternum une douleur profonde et vive, s'accompagnant de fièvre, de gêne dans la respiration, d'une anxiété qui est en rapport avec l'étendue de la phlegmasie et le degré de compression que la tumeur inflammatoire exerce sur le cœur, les vaisseaux et la trachée. La mort peut arriver dès cette période, au milieu des palpitations, des syncopes et des angoisses les plus grandes. Presque toujours le phlegmon se termine par suppuration ; dans ce cas, peu après que les accidents ont été portés à leur summum d'intensité, on observe cette série de symptômes généraux annonçant la présence du pus. Souvent alors les phénomènes de compression augmentent ; le cœur est dévié à gauche, sans voussure à la région précordiale ; les battements cessent d'être perçus sur le sternum, qui rend à la percussion un son complétement mat. Lorsque la suppuration du médiastin est consécutive à une carie ou à une nécrose du sternum, on n'observe point les symptômes aigus inflammatoires que nous avons précédemment notés. Les malades accusent seulement une oppression toujours croissante, une gêne et une douleur obtuse derrière le sternum. Ces derniers symptômes sont également ceux qui paraissent se remarquer le plus communément lorsque le pus, au lieu de s'être formé dans le médiastin, y arrive de points plus ou moins éloignés, comme lorsqu'un abcès du cou fuse derrière le sternum. Cependant, dans ces cas, les phénomènes ne sont pas toujours exactement les mêmes ; car tantôt on n'observe que des

accidents de compression ; d'autres fois, l'arrivée du pus au milieu d'un tissu cellulaire sain enflamme celui-ci à son tour, et on voit alors survenir tous les troubles que nous avons décrits précédemment en parlant des phlegmons primitifs.

Le pus, accumulé dans les médiastins, et surtout dans le médiastin antérieur, tend toujours à se porter au dehors ; le plus souvent il se fraie une issue à travers le sternum, surtout lorsque cet os est carié ou qu'il a été fracturé. Dans le cas contraire, il s'échappe par un espace intercostal et par un point voisin du bord latéral du sternum. Quelquefois encore le pus, fusant à l'une ou l'autre des extrémités du médiastin, vient former tumeur au-dessus de la fourchette sternale ou au voisinage de l'ombilic. La rupture de l'abcès, dans la plèvre, est peut-être la terminaison la plus rare ; cependant elle a été quelquefois observée. Quoi qu'il en soit, lorsque ces abcès tardent à s'ouvrir, ils finissent par amener de graves désordres et de vastes décollements ; c'est ce qui fait qu'après leur ouverture à l'extérieur le pus stagne presque toujours dans quelque point du foyer ; de là des accidents de résorption et des caries consécutives. Enfin, le fait rapporté par Lamartinière, dans son mémoire sur la *trépanation du sternum*, fait croire à la possibilité d'une hémorrhagie grave produite par la dénudation et l'ulcération de l'artère mammaire interne.

Diagnostic. — Les phlegmons et les abcès du médiastin sont, en général, difficiles à reconnaître. Cependant une douleur habituelle, plus ou moins vive, derrière le sternum, s'accompagnant de matité, de déviation du cœur, de fièvre, et plus tard de tous les symptômes généraux annonçant une collection purulente, ne pourrait guère se rapporter à une autre affection qu'à une phlegmasie du médiastin. En effet, l'auscultation et la percussion indiquent alors que la plèvre et les poumons sont intacts. On ne croira pas ici à l'existence d'une péricardite ; car dans celle-ci la matité existe surtout sur le bord gauche du sternum, où on constate en outre une voussure plus ou moins considérable ; enfin, les battements du cœur sont obscurs, profonds. Dans l'inflammation des médiastins, au contraire, la matité est uniquement bornée au sternum ; il n'existe pas de voussure ; enfin les battements du cœur, distinctement perçus, sont superficiels et sont parfois plus ou moins déplacés.

Pronostic. — Il est inutile d'insister pour prouver combien les phlegmasies des médiastins sont graves ; dans la plupart des cas, en effet, la maladie se termine d'une manière funeste.

Étiologie. — Le phlegmon et les abcès des médiastins ne sont presque jamais spontanés ; mais, dans la majorité des cas, ils sont l'effet d'une violence extérieure, telle que contusion, plaie, fracture du sternum ; plus souvent encore ils sont symptomatiques d'une lésion organique de l'os, telle que carie ou nécrose ; enfin, souvent aussi l'abcès est formé par du pus qui, sécrété sur les parties latérales du cou, fuse ensuite entre les plans aponévrotiques jusque dans la poitrine.

Traitement. — Le traitement doit être antiphlogistique, et dès que la suppuration est formée, on devra tâcher de l'évacuer le plus tôt possible.

Si un abcès se forme sur le sternum ou à son voisinage, on l'incisera, et on favorisera par la position et les injections l'écoulement du pus; enfin, si celui-ci stagne ou lorsqu'il tarde trop d'arriver à l'extérieur, tous les praticiens sont d'accord de mettre le foyer à nu par la trépanation de l'os.

DES PHLEGMONS ABDOMINAUX.

Toutes les parties du tissu cellulaire abdominal peuvent s'enflammer; mais nulle part dans le ventre les phlegmons et les abcès ne sont aussi fréquents que dans l'excavation pelvienne, dans les fosses iliaques et autour des reins, parties où le tissu cellulaire existe en plus grande abondance que partout ailleurs. Nous allons donc décrire séparément l'inflammation phlegmoneuse dans chacune de ces régions.

DU PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE.

Sous les noms de *phlegmon périnéphrétique*, on doit comprendre l'inflammation du tissu cellulo-adipeux qui existe en si grande abondance autour des reins et en avant des muscles carrés des lombes.

Étiologie et anatomie pathologique. — Cette inflammation est rarement spontanée; si elle ne succède pas à quelque violence extérieure, comme une plaie ou une contusion de la région lombaire, à la présence d'un corps étranger venu du dehors ou de l'intestin, elle est alors presque toujours consécutive à quelque grave altération du tissu rénal. C'est ainsi que, dans une violente néphrite, on voit quelquefois le tissu cellulaire extérieur s'enflammer tantôt par l'extension de l'inflammation, d'autres fois par suite de la rupture d'un abcès des reins. Les plaies pénétrantes des calices et des bassinets, ou bien leur perforation ou leur rupture, ordinairement produite par des calculs, sont encore une cause très active du phlegmon périnéphrétique, qui ici reconnaît pour cause l'infiltration de l'urine; enfin, les abcès lombaires peuvent être consécutifs à une perforation du colon.

On conçoit, d'après cette énumération, combien sont variées les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres du côté de quelques uns des viscères abdominaux. Quant aux altérations dépendant de l'abcès lui-même, on rencontre le tissu cellulaire sous-péritonéal et celui compris entre le muscle carré des lombes et ses aponévroses, gonflé, ramolli, injecté, infiltré de pus et quelquefois gangrené. Les fibres musculaires sont elles-mêmes bleuâtres, décolorées, ramollies et détruites par la suppuration. Enfin, les altérations peuvent s'étendre jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané des lombes, qui souvent est infiltré de pus ou tout au moins de sérosité citrine.

Symptômes, marche, terminaisons. — Lorsque le phlegmon périnéphrétique est primitif, les malades accusent dans la région lombaire correspondante une douleur plus profonde que dans le lumbago, et qui s'exaspère par la pression et par les mouvements du tronc. Bientôt cette région se déforme, se bombe; la sécrétion urinaire continue néanmoins à se faire comme de coutume; il y a une fièvre vive, de la constipation, et souvent

aussi des nausées et des vomissements. Au bout de quelques jours, ces accidents s'aggravent, les douleurs sont plus lancinantes, la tumeur lombaire s'accroît encore, la douleur y devient simplement obtuse, la tuméfaction est œdémateuse, enfin la fluctuation s'y fait sentir. Le pus, accumulé dans les lombes, peut se frayer une issue à travers un des points de la paroi abdominale postérieure, ou bien il s'échappe par le colon, par l'uretère; quelquefois, fusant dans la fosse iliaque, il s'ouvre à l'extérieur dans le flanc ou dans l'aine; enfin, on a vu ces abcès, prenant une direction contraire, perforer à gauche le diaphragme et le poumon, et être rendus par expectoration. Les accidents sont, en général, plus graves et la marche de la maladie est plus rapide lorsque la phlegmasie est produite par une infiltration d'urine ou de matière fécale. Dans ces cas, des signes de maladie des reins ou du colon précèdent de quelque temps le phlegmon lombaire; celui-ci s'étend rapidement sur une grande surface; la gangrène ne tarde pas à s'y développer, et on distingue alors plus ou moins profondément, en pressant sur la tumeur, une crépitation nombreuse qui est produite par l'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire; la mortification gagne bientôt la peau si on n'arrête les progrès de l'infiltration septique par de larges et profondes incisions. La plupart de ces malades succombent au milieu d'un cortége de symptômes adynamiques et ataxiques des plus graves. Lorsque la guérison a lieu, elle ne survient guère qu'après un temps fort long, en raison de l'étendue des lésions et des décollements qui ont lieu : la plaie reste souvent fistuleuse. Cela se remarque spécialement lorsque l'abcès a été symptomatique d'une perforation des intestins ou d'un des conduits urinaires. Dans le premier cas, on voit les gaz et les matières intestinales s'échapper; dans le second, le pus, d'aspect séreux, exhale une odeur urineuse et entraîne souvent avec lui des fragments de calcul.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de distinguer un abcès extrarénal d'une collection purulente encore renfermée dans le rein sans communication avec l'uretère. Cependant, si on remarque que dans ce dernier cas il a existé antérieurement des signes de maladies des reins, notamment des accès de colique néphrétique, on sera déjà porté à soupçonner l'existence d'un abcès rénal. Ajoutons, en outre, que la tumeur formée par celui-ci proémine beaucoup en avant, ce qui est le contraire des abcès périnéphrétiques; en outre, dans les premiers, la fluctuation est plus obscure et plus profonde. Cependant il est des cas dans lesquels le manque de renseignements précis et l'époque déjà avancée de la maladie empêcheront de localiser très exactement l'affection. On conçoit enfin combien le diagnostic offre d'incertitude lorsqu'il y a à la fois collection de pus dans le rein et dans le tissu cellulaire extérieur. Cependant l'étude des antécédents pourra quelquefois permettre d'établir l'existence de cette double altération : ainsi lorsque, chez un sujet qui offre des signes rationnels ou positifs d'une suppuration des reins, on voit survenir tout à coup autour de la tumeur rénale des accidents aigus, tels que douleur vive, dureté plus étendue, bientôt remplacée par de l'œdème et de la fluctuation, on ne peut conserver aucun doute sur l'existence d'un double accès.

Lorsque le foyer est ouvert à l'extérieur, on ne peut pas toujours juger, d'après la nature du pus, des altérations viscérales qui existent : c'est ainsi que le pus exhale souvent une odeur stercorale, bien qu'il n'existe aucune communication entre le foyer et le colon. Souvent aussi l'abcès communique avec le bassinet ou les calices, sans que le pus répande une odeur urineuse : c'est ce qui a lieu surtout lorsque le rein, entièrement détruit, ne remplit plus ses fonctions.

Pronostic. — Les abcès périnéphrétiques constituent toujours une affection grave, excepté peut-être lorsqu'ils sont primitifs et très circonscrits.

Traitement. — Tout le traitement consiste, dans la période phlegmoneuse, à employer les antiphlogistiques, surtout les émissions sanguines locales; puis, dès que la suppuration est certaine et qu'on perçoit la fluctuation, il faut se hâter de lui livrer issue par une incision, afin de prévenir les larges décollements. On se hâtera surtout dans les abcès consécutifs à une perforation du colon et du bassinet, à cause de la gangrène et des désordres que produisent l'urine et les matières fécales épanchées dans le tissu cellulaire ; dans ces cas, on ne doit pas même attendre la manifestation de la fluctuation pour opérer de larges incisions, afin de donner issue au plus tôt aux matières septiques qui infiltrent les parties molles, et qui les mortifient par leur contact.

DES PHLEGMONS ET DES ABCÈS DES FOSSES ILIAQUES.

De toutes les parties du ventre, les fosses iliaques internes sont celles qui sont le plus fréquemment le siége d'engorgements phlegmoneux. Cette maladie, anciennement connue, surtout de la part des accoucheurs, n'est cependant bien décrite que depuis le mémoire de Dance (t. IV du *Répertoire* de Breschet). Elle a été également étudiée avec soin par Dupuytren, dans ses *Leçons cliniques*, ainsi que par MM. Ménière (*Archives* 1828), et Velpeau (*Clinique*), etc. Nous avons nous-même, en 1839, publié sur ce sujet, dans les *Archives*, un travail étendu, dont nous allons présenter une courte analyse.

Anatomie pathologique. — La mort arrivant presque toujours à une période avancée de la maladie, on trouve un foyer purulent, qui peut être borné à la fosse iliaque interne, et même à la partie postérieure du cœcum, mais qui se prolonge souvent jusqu'au voisinage des reins et des fausses côtes. Les parois de ce foyer sont noirâtres, irrégulières ; les muscles psoas, iliaque et carré lombaire sont quelquefois sains ; mais le plus souvent on trouve un ou plusieurs de ces organes plus ou moins altérés. Ainsi ils sont noirâtres, grisâtres, infiltrés de pus ; leurs fibres sont ramollies ou détruites ; le désordre est quelquefois tellement considérable, que le *fascia iliaca* lui-même est détruit : à peine en trouve-t-on quelque vestige. Le foyer est traversé par les filets nerveux qui vont au membre inférieur correspondant : les uns sont intacts ; la plupart sont ramollis. Les vaisseaux iliaques sont généralement sains ; mais leurs rapports avec le

foyer, qu'ils traversent ou auquel ils sont accolés, expliquent certains phénomènes de stase veineuse ou de compression qu'on observe souvent pendant la vie. Enfin, des lésions variables se remarquent du côté de l'intestin, du vagin, de la vessie, de la peau, suivant celui de ces points par lequel l'évacuation du pus s'est faite.

Symptômes. — Le début du phlegmon iliaque, rarement marqué par un frisson, est presque toujours annoncé par une douleur plus ou moins vive, qui augmente par la pression, par les mouvements du tronc, et souvent par ceux de la cuisse correspondante, qui ne peut plus être portée dans une extension complète. Cette douleur siège le plus souvent dans la fosse iliaque, quelquefois c'est à l'hypogastre. Elle est vive, lancinante, continue, exacerbante, ou bien elle ne consiste qu'en un engourdissement incommode. Elle s'irradie souvent en dehors du ventre, surtout vers les parties génitales et le long du membre abdominal, ce qui dépend le plus souvent de la compression des nerfs qui vont se distribuer à ces parties. En général aussi, dès l'invasion de la maladie, on observe des troubles notables du côté des organes digestifs, tels que constipation, diarrhée, et quelquefois aussi des nausées et des vomissements. Si on explore alors la fosse iliaque, on trouve dans cette région, presque toujours à partir du troisième ou quatrième jour, et souvent même plus tôt, une tumeur égale, dure, rénitente, non pulsative, peu ou point mobile, mate à la percussion, proéminente ou aplatie, suivant qu'elle se développe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou sous-aponévrotique. Son volume, rarement moindre que celui d'une noix, n'atteint presque jamais celui du poing d'un adulte. C'est dans le cas où la tumeur devient aussi considérable qu'on observe divers accidents dépendant de la compression des nerfs, des vaisseaux, de l'intestin et des muscles eux-mêmes. C'est ainsi que quelques malades éprouvent de véritables douleurs névralgiques vers les organes génitaux et le membre inférieur; d'autres fois (chez un dixième) ce sont des engourdissements ou des fourmillements qui peuvent dépendre aussi bien de la compression des nerfs que de l'embarras de la circulation. Cette gêne est d'ailleurs prouvée par l'infiltration séreuse du membre, que j'ai notée à différents degrés chez un quart des sujets. L'intestin, surtout lorsque la tumeur siège à droite, est l'organe que la tumeur comprime le plus souvent. Il y a alors un peu de météorisme, et surtout de la constipation; ce symptôme se rencontre dans les trois quarts des cas. Enfin, lorsque la tumeur bridée par le *fascia iliaca* comprime fortement le muscle iliaque, ou bien lorsque ce muscle, ainsi que le psoas, participe à la phlegmasie, le membre se trouve rétracté; il est plus ou moins fléchi, et ne peut être ramené sans douleurs vives à une extension complète. Indépendamment de ces symptômes locaux, presque tous les malades ont de la fièvre.

Marche, terminaisons. — La plupart des phlegmons iliaques se terminent par suppuration, avec ou sans complication de gangrène; celle-ci est fort rare. La terminaison par suppuration est à peu près constante, lorsque la maladie survient dans le cours de l'état puerpéral ou peu après cette époque. Il nous a paru que le travail de résolution, comme celui de sup-

puration, était beaucoup plus lent dans la fosse iliaque que dans la plupart des autres régions du corps. La formation du pus est presque toujours signalée par une augmentation dans les symptômes locaux et notamment dans les phénomènes de compression; enfin, la fluctuation finit par être perçue plus ou moins distinctement. Le pus, accumulé dans la fosse iliaque, se fraie le plus souvent une issue à travers la paroi abdominale antérieure, notamment dans un point rapproché du ligament de Fallope ou de l'épine iliaque ; un peu moins fréquemment, on voit l'abcès se vider dans l'intestin (cœcum ou S iliaque); ce mode de terminaison est plus fréquent à droite qu'à gauche. Ailleurs le pus, fusant dans l'excavation pelvienne, se vide à travers le rectum, la vessie, et plus souvent, chez la femme, dans le vagin. Il n'est pas rare de voir l'abcès s'évacuer par plusieurs de ces voies à la fois. Enfin M. Demaux a vu un abcès iliaque s'ouvrir dans la veine cave, et M. Aubry a publié dans les *Archives* de 1843 une observation curieuse d'abcès iliaque puerpéral ouvert à la fois à l'extérieur et dans la cavité cotyloïde, ce qui avait occasionné une luxation consécutive de la hanche. J'ai en 1847 observé le même accident chez deux individus dont j'ai recueilli l'histoire.

Chez quelques uns de ces malades, la convalescence arrive très promptement; mais chez la plupart la suppuration continue à se faire pendant plusieurs semaines ou même durant plusieurs mois. Lorsque la maladie a une issue funeste, la mort s'explique par l'étendue des désordres; elle a presque toujours lieu dans le marasme; d'autres fois les malades sont emportés par une péritonite intercurrente. Celle-ci résulte tantôt de l'extension de la phlegmasie; d'autres fois elle est produite par la rupture du foyer dans la cavité séreuse. Les abcès iliaques guéris peuvent être suivis de quelques infirmités : ainsi on a vu une hernie se faire à travers la cicatrice de la paroi abdominale lorsque celle-ci a été incisée pour livrer passage au pus; et nous-même avons cité l'exemple d'une femme qui depuis quatorze ans conserve un engorgement œdémateux du membre inférieur dépendant probablement d'une diminution dans le calibre de la veine iliaque.

Diagnostic. — Les phlegmons iliaques seront distingués aisément des tumeurs inflammatoires des ovaires : car celles-ci sont globuleuses ou ovalaires et plus ou moins mobiles; on leur imprime des mouvements en agissant sur l'utérus; enfin elles ne produisent guère les symptômes de compression que nous avons notés précédemment. Une péritonite locale circonscrite à la fosse iliaque pourrait être prise aussi pour un phlegmon; mais dans la péritonite la douleur est plus vive; elle est poignante, elle s'accompagne de vomissements, et si une tumeur se manifeste, au lieu d'être dure et rénitente, elle est, dès le moment de son apparition, molle et fluctuante. Enfin on a quelquefois pris pour des phlegmons des tumeurs formées par un amas de matières fécales; mais cette erreur grossière ne peut être commise si on se rappelle que les tumeurs stercorales sont inégales, peu ou point douloureuses, qu'on peut souvent les faire cheminer par la pression et qu'elles disparaissent après un purgatif.

Pronostic. — Le phlegmon des fosses iliaques est une affection grave, dont l'issue est toujours incertaine, celui qui survient après les couches est plus fâcheux que le phlegmon qui se développe dans les conditions opposées. La formation du pus est une circonstance fâcheuse à cause de la profondeur à laquelle le foyer est généralement situé, en raison de la facilité qu'a la suppuration de fuser au loin, et par la crainte que l'abcès ne s'ouvre dans le péritoine. Enfin toutes choses égales, d'ailleurs, l'ouverture du foyer dans un des organes creux, le vagin excepté, entraîne peut-être plus de périls que l'ouverture à travers les téguments.

Étiologie. — Les phlegmons iliaques sont presque cinq fois plus fréquents à droite qu'à gauche ; le contraire a lieu pour ceux qui surviennent chez les femmes quelque temps après leurs couches, sans qu'on puisse en reconnaître la cause. Les hommes sont incomparablement plus sujets à la maladie dont je parle que les femmes ; celles-ci n'en sont guère atteintes (sauf quelques exceptions) qu'après leurs couches. Très rare aux deux extrêmes de la vie, le phlegmon iliaque se remarque spécialement entre vingt et quarante ans. On dit que ceux qui siègent dans la fosse iliaque droite étaient souvent consécutifs à une constipation prolongée ou qu'ils dépendaient de l'extension d'une inflammation du cœcum au tissu cellulaire ; mais j'ai prouvé ailleurs que cette étiologie n'avait pas encore reçu suffisamment la sanction des faits. La maladie est pourtant quelquefois symptomatique ; c'est ainsi qu'elle peut être produite par une lésion de l'os iliaque ou de l'articulation coxo-fémorale, par l'extension d'une phlegmasie du péritoine, des ganglions inguinaux, de la capsule synoviale qui tapisse la branche horizontale du pubis ou bien par la propagation d'une inflammation de l'utérus, et surtout des ligaments larges. Parmi les causes efficientes, citons les corps étrangers, les contusions, les plaies, les fatigues, etc. Le plus souvent pourtant la maladie paraît spontanée.

Traitement. — Le traitement sera dirigé d'après les mêmes principes que dans les phlegmons lombaires, c'est-à-dire qu'il faut employer les antiphlogistiques au début. Mais, quelque abondantes que soient les saignées, elles ont rarement pour effet d'amener la résolution de l'engorgement, surtout lorsqu'on en commence l'emploi après le sixième jour. Cependant elles ont communément pour avantage de circonscrire le phlegmon, et, en modérant l'inflammation, de rendre la suppuration moins abondante. Dès que le pus est formé, loin d'attendre patiemment, avec Dance, son évacuation spontanée par l'intestin, on doit tâcher de lui pratiquer au plus vite une issue artificielle à travers la paroi abdominale. Mais avant de faire l'incision, il faut s'assurer non seulement qu'il y a de la fluctuation, mais encore que la paroi abdominale adhère au foyer. On aura encore soin de percuter avec grande attention le point que l'on va inciser, pour bien se convaincre qu'il n'existe pas en cet endroit une anse intestinale que l'instrument pourrait diviser. Enfin, si la profondeur à laquelle le pus est placé ne permet pas de l'atteindre, on tentera d'en favoriser la résorption en appliquant au niveau du foyer un ou plusieurs cautères ou moxas. Mais, malheureusement, il est rare que cette médication soit couronnée

de succès, et presque toujours alors les malades succombent avec des accidents de consomption.

J'ai confondu dans une description commune les abcès iliaques survenant dans les conditions ordinaires et ceux qui naissent dans le cours de l'état puerpéral; car ayant les mêmes symptômes, la même marche, les mêmes modes de terminaison, ils exigent le même traitement. Il n'existe entre eux que des nuances déterminées par les conditions spéciales au milieu desquelles la maladie se déclare. S'autoriser de cela pour décrire à part les abcès des femmes en couches et ceux qui se déclarent hors l'état puerpéral, c'est faire une chose aussi irrationnelle que si, ayant décrit la bronchite, la pneumonie, l'érysipèle, les fièvres éruptives, etc., on faisait de chacune de ces affections une individualité morbide, par la raison qu'elles atteignent plus ou moins fréquemment les femmes en couches, et qu'elles reçoivent de l'état puerpéral des modifications dont il faut tenir compte sans doute pour le pronostic et le traitement, mais qui sont insuffisantes cependant pour constituer une maladie nouvelle. J'espère que tous les médecins qui auront observé avec soin seront de mon avis. J'ai été surpris de voir un homme aussi éclairé que M. Marchal soutenir une opinion contraire dans sa thèse de concours (1844) et blâmer, avec une certaine aigreur l'ordre que j'ai suivi; il n'eût pas écrit comme il l'a fait, s'il avait eu de la maladie une plus grande expérience personnelle.

DES PHLEGMONS ET DES ABCÈS DE LA CAVITÉ PELVIENNE.

Le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne est assez fréquemment le siége de collections purulentes. Celles-ci s'y forment rarement d'une manière spontanée; mais presque toujours l'inflammation est consécutive chez l'homme à une infiltration urineuse ou stercorale, ou à quelque opération pratiquée sur la vessie, comme la taille. Chez la femme, au contraire, on n'observe guère les abcès pelviens qu'à la suite de quelque souffrance utérine, spécialement à la suite des couches. Ils occupent alors presque toujours les ligaments larges, plus souvent c'est la paroi recto-vaginale; d'autres fois le pus est infiltré à la fois dans la plus grande partie de l'excavation : ce dernier cas est surtout observé après les applications de forceps. Il existe le plus souvent alors diverses lésions graves du côté du péritoine et des articulations du bassin.

Les symptômes appartenant à cette inflammation sont toujours obscurs : les malades accusent une douleur plus ou moins vive dans l'excavation pelvienne, augmentant par la pression hypogastrique. Elle s'accompagne de fièvre, de troubles sympathiques vers l'estomac, et de divers accidents de compression du côté des viscères contenus dans le bassin, suivant le siége et le volume de la tumeur phlegmoneuse, circonstances que les touchers vaginal et rectal permettront seuls d'apprécier. Cette exploration, d'ailleurs, est toujours nécessaire pour établir le diagnostic de l'affection; car elle seule peut fournir des signes positifs. Il convient quelquefois de pratiquer simultanément les touchers vaginal et rectal : ainsi, lorsque l'abcès

siége dans la cloison recto-vaginale, il faut introduire l'index dans le rectum et le pouce de la même main dans le vagin ; on repousse en haut le plus possible le périnée avec le premier espace interdigitaire, et on embrasse ainsi la tumeur par sa partie inférieure. Si dans cette position on presse alternativement avec un des doigts, tandis que l'autre reste appliqué sur le point opposé de la tumeur, on perçoit manifestement la fluctuation (Bourdon).

Tous ces abcès ont la marche et les modes de terminaison des abcès des ligaments larges (voir plus haut, p. 500). Dès qu'on a constaté la fluctuation, il convient de donner issue au pus par ponction ou par incision, en choisissant le point le plus déclive de la tumeur et celui où la fluctuation est le plus superficielle. Pour pratiquer l'ouverture par le vagin, on se sert du bistouri de M. Récamier, qui a beaucoup d'analogie avec le pharyngotome. L'abcès vidé, on s'opposera à l'accumulation du pus par une position convenable, par les injections et la compression méthodique du ventre

DES OREILLONS.

On donne les noms d'*ourles* ou d'*oreillons* à une tumeur douloureuse, à marche aiguë, formée par l'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire de la région parotidienne.

Symptômes. — Cette maladie est souvent précédée pendant quelques jours par du malaise et par de la fièvre ; puis les malades accusent de la douleur et un sentiment de gêne vers l'articulation temporo-maxillaire. Bientôt apparaît à ce niveau une tuméfaction, qui se propage ordinairement jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire, et s'étend quelquefois plus ou moins loin sur le cou et sur la tempe. Ce gonflement, qui peut occuper les deux côtés, et qui d'autres fois est borné à un seul, est d'un rouge obscur, quelquefois il est un peu violacé. Souvent la peau conserve, à ce niveau, sa couleur naturelle ; mais elle y est plus chaude que de coutume. La tumeur n'a point la dureté du phlegmon, mais seulement la rénitence que donne le tissu cellulaire affecté d'œdème actif. Souvent il existe en même temps du malaise, de la courbature, de la pesanteur à la tête, des vertiges, un peu de fièvre, de l'inappétence. En général, la tumeur s'accroît pendant deux ou trois jours ; puis, après être restée stationnaire pendant un temps égal, on la voit diminuer peu à peu, et finir par disparaître après une durée moyenne d'un septénaire environ. L'oreillon n'est presque jamais suivi de suppuration. La résolution est sa terminaison presque constante ; on dit qu'elle est souvent marquée par une sueur qui occupe tout le corps, ou qui parfois est limitée à l'engorgement parotidien : c'est ce que je n'ai jamais constaté. Mais il n'est pas rare, surtout dans le cours de certaines épidémies, que la résolution de la tumeur se fasse par métastase : c'est ainsi qu'on voit quelquefois, au fur et à mesure que l'engorgement de la région parotidienne se résout, l'un des testicules, ou les deux à la fois, se tuméfier et s'indurer. Chez la femme, ce sont les

mamelles ou les grandes lèvres qui deviennent ainsi consécutivement le siége de tumeurs douloureuses. Cette métastase, sur laquelle quelques médecins élèvent des doutes, est un fait assez rare dans la pratique ordinaire, mais qui néanmoins est parfaitement établi, et pour ma part, j'ai eu l'occasion déjà d'en recueillir cinq exemples chez l'homme. Je n'ai pas trouvé de rapport constant entre le siége de l'oreillon et celui de l'engorgement consécutif des testicules : ainsi je n'ai pas vu, comme on l'a dit, que la métastase s'opérât toujours sur le testicule correspondant à la région parotidienne malade. Dans les faits que j'ai observés, il n'y a jamais eu non plus, à proprement parler, cessation brusque, ou délitescence de l'engorgement parotidien, mais seulement diminution graduelle se faisant beaucoup plus rapidement que la résolution des tumeurs phlegmoneuses; elle n'était jamais complète avant deux, trois ou quatre jours. A peine la résolution commençait-elle dans la tumeur de la région parotidienne, que déjà on voyait l'un des testicules s'engorger ; en un ou deux jours cet organe avait souvent doublé ou triplé de volume. La peau du scrotum est alors d'un rouge violacé ; le testicule est plus lourd, plus résistant que de coutume, mais il est loin d'offrir la dureté, le poids et la sensibilité qu'on observe dans les engorgements franchement inflammatoires. Là, en effet, la plupart des malades n'accusent que fort peu de douleur, même lorsqu'on exerce un certain degré de pression sur l'organe. Dans les cas où j'ai fait une exploration complète, il m'a paru que, contrairement à ce qu'on voit dans l'orchite blennorrhagique, l'épididyme était intact, que le corps seul de l'organe était affecté ; plusieurs fois aussi il m'a semblé qu'il existait un peu d'épanchement dans la tunique vaginale. Ce gonflement est susceptible des mêmes terminaisons que l'oreillon : ainsi, presque toujours, il se résout au bout de cinq à six jours ; quelquefois il survient de la suppuration : enfin, on a vu cette affection secondaire se terminer elle-même par une métastase sur la région parotidienne, puis la maladie se reporter encore de celle-ci sur le testicule, et ainsi plusieurs fois de suite de l'une à l'autre. On a dit que, dans quelques cas, la disparition subite de l'engorgement parotidien et des testicules a été promptement suivie de mort, au milieu du délire et des convulsions ; on a supposé qu'alors la métastase s'était faite vers le cerveau. Mais les faits de ce genre n'ont pas encore été suffisamment observés. Il n'est pas prouvé non plus, ainsi qu'on l'a dit, que la métastase puisse jamais chez la femme se faire sur les ovaires.

Diagnostic et *pronostic*. — L'oreillon ne pourra être confondu qu'avec l'engorgement de la glande parotide; mais dans celui-ci la tuméfaction est plus considérable, plus dure, plus étendue ; on constate tous les phénomènes d'un phlegmon ; la tumeur est persistante, elle se termine le plus souvent par suppuration, quelquefois par gangrène, et jamais par métastase. Le pronostic ne présente aucune gravité.

Étiologie. — Les oreillons, rares chez les vieillards, et même après trente ans, n'affectent guère que les adolescents et les jeunes gens. Le froid humide est la cause qui a paru agir le plus souvent, soit pour déterminer la maladie, soit pour produire sa terminaison par métastase. Elle

règne quelquefois épidémiquement ; cette influence épidémique est généralement circonscrite au quartier d'une ville ou même à un seul établissement.

Traitement.—Lorsque l'oreillon est peu douloureux, il faut, pour tout traitement, préserver la partie malade du contact du froid en la recouvrant d'un mouchoir. S'il y a de la douleur, et si l'engorgement menace de se terminer par suppuration, on appliquera des cataplasmes émollients, et on devra même, si l'inflammation est vive, mettre un certain nombre de sangsues ; enfin, on excitera une petite révulsion par les pédiluves et par quelques laxatifs doux. Lorsque la métastase se fait sur les parties génitales, on ne doit rien tenter pour l'empêcher ; on appliquera ensuite sur le testicule des cataplasmes émollients, rendus légèrement résolutifs en les arrosant d'eau blanche, et on insistera sur les révulsifs intestinaux. Enfin, si la disparition des oreillons coïncidait avec la manifestation d'accidents cérébraux graves, on s'efforcerait de les rappeler en appliquant sur la région parotidienne des rubéfiants et même des vésicants.

INFLAMMATION DU TISSU MUSCULAIRE.

L'inflammation du tissu musculaire a reçu les noms de *myosite* ou *myositis*. C'est une affection extrêmement rare, dont beaucoup de médecins contestent même l'existence. Il semble, en effet, que le tissu musculaire est un de ceux qui sont le moins susceptibles d'inflammation ; c'est ce dont on peut s'assurer tous les jours en étudiant les phénomènes qui se passent dans toutes les plaies musculaires, spécialement à la suite de l'amputation des membres. On reconnaît, en effet, dans ces cas, que la fibre musculaire ne subit aucun changement de vitalité, tandis que les gaînes celluleuses sont le siége exclusif des altérations qui surviennent, soit que l'inflammation soit adhésive, soit qu'elle devienne suppurative. Le pus qu'on trouve quelquefois infiltré ou épanché dans les muscles est bien moins l'effet d'un travail phlegmasique local que de cet état grave de l'économie qu'on observe dans la morve et les résorptions purulentes. D'ailleurs, lorsque la suppuration est produite par une inflammation locale franche, celle-ci n'atteint peut-être jamais primitivement la fibre musculaire ; mais elle siége d'abord dans le tissu cellulaire interfibrillaire, et ce n'est que consécutivement que la fibre charnue est elle-même envahie. En examinant l'état des parties à différentes périodes de l'inflammation, on reconnaît que dans un premier degré de la maladie le tissu cellulaire interstitiel s'injecte, rougit, s'épaissit, de manière que chaque fibre est emprisonnée dans une sorte de coque solide. Dans cet état, le tissu charnu comprimé se décolore ; d'autres fois, au contraire, il devient d'un rouge violet. Dans l'un et l'autre cas, le muscle est plus volumineux, et il est devenu plus friable. Si plus tard la suppuration s'établit, les fibres charnues prennent une teinte jaunâtre ; elles sont plus friables, mais la suppuration n'existe que dans leurs interstices. Quelquefois elles ont subi de distance en distance des solutions de continuité ; dans ce point existe alors une

petite excavation remplie d'un pus blanc ou rougeâtre ; enfin, ailleurs, la texture musculaire n'existe plus, et l'organe est transformé en une masse homogène, qu'on dirait être exclusivement formée par du tissu cellulaire enflammé. Lorsque la guérison survient après de pareilles altérations, le muscle a diminué de volume, il est souvent même atrophié ; cet état est toujours incurable.

Tous les muscles du corps peuvent être atteints d'inflammation ; mais les auteurs ont surtout étudié cette altération dans le cœur, le diaphragme et les psoas. Nous avons parlé, à l'article *Cardite*, de l'inflammation du tissu cellulo-musculaire du cœur. Nous ne dirons rien de l'inflammation du diaphragme, car nous ne possédons encore sur elle aucune observation précise. Il est surtout impossible de mettre à profit la description des auteurs qui, sous les titres de *paraphrénésie*, *phrénite*, *diaphragmatite*, *diaphragmite*, mots synonymes, et qui signifient tous inflammation du diaphragme, ont confondu des affections très différentes, notamment la pleurésie et la péritonite diaphragmatique, l'inflammation du tissu cellulaire et des organes voisins, et même certaines affections aiguës des centres nerveux.

DU PSOÏTIS.

Les psoas sont, de tous les muscles du corps, ceux qu'on trouve le plus souvent suppurés, par suite d'un travail phlegmasique local. Cependant il n'existe peut-être pas encore dans la science d'observation qui démontre d'une manière certaine que le travail inflammatoire a primitivement affecté la fibre musculaire. Tout porte à croire, au contraire, que dans tous les cas de psoïtis publiés jusqu'à ce jour, et quelle qu'ait été la cause de la maladie, le pus s'est formé tantôt aux dépens du tissu cellulaire enflammé ; d'autres fois ce fluide, fourni par une carie vertébrale, a fusé dans la gaîne du muscle où il s'est arrêté. Dans l'un et l'autre cas pourtant, les fibres musculaires peuvent disparaître, tantôt par atrophie, tantôt par suite d'une véritable destruction ; on les retrouve alors dans le foyer, sous forme d'un détritus rouge ou noirâtre, ou bien elles sont encore reconnaissables, mais décolorées ou d'un rouge foncé, noirâtre, verdâtre et ramollies. Il est rare que la suppuration n'envahisse que le psoas ; presque toujours, en effet, le foyer occupe en même temps le muscle iliaque et le tissu cellulaire sous-péritonéal, où est ordinairement son point d'origine.

Quel que soit le mode de formation des abcès du psoas, les auteurs ont cru qu'on pouvait les reconnaître aisément à une douleur siégeant dans la région lombaire, et s'irradiant dans la fosse iliaque, dans l'aine, dans la fesse et dans la cuisse correspondante ; on ajoute que le membre inférieur de ce côté est plus ou moins rétracté, et qu'il est impossible de le ramener à l'extension complète ; le pied est aussi dans la rotation en dedans ; enfin, une tumeur fluctuante se dessine successivement dans la région lombaire, dans la fosse illiaque et au pli de l'aine. Cependant, quoiqu'on prétende le

contraire, nous affirmons, d'après plusieurs faits observés par nous, que la rétraction du membre et l'impossibilité de l'étendre, que les douleurs, que les tiraillements dans les lombes, ne sont pas un symptôme constant de la suppuration du psoas, puisque nous les avons vus manquer plusieurs fois dans des cas où le muscle était complétement détruit. En outre, nous avons retrouvé les mêmes accidents dans les phlegmons des fosses iliaques, lorsque les muscles de ce nom étaient affectés, et quoique l'altération ne se fût point propagée au corps même du muscle psoas. Nous croyons donc que la rétraction du membre inférieur et l'impossibilité de l'étendre se rapportent aussi bien à une lésion du psoas qu'à une lésion du muscle iliaque, et que pour déterminer si l'abcès siège dans le premier plutôt que dans le second, on doit avoir égard plutôt au siége de la douleur et à celui de la tumeur. Ainsi on remarquera que, dans le psoïtis, la douleur occupe un des côtés des lombes, et que la tumeur mal circonscrite, de forme allongée, est située au côté le plus interne de la fosse iliaque, tandis que dans le phlegmon iliaque la tumeur, bien circonscrite, occupe la fosse iliaque interne; c'est là aussi qu'est le siége de la douleur. Enfin, il y a encore, entre les deux espèces d'abcès que je compare, cette différence, savoir, que ceux du psoas, contrairement à ceux qui se développent dans la fosse iliaque, n'ont aucune tendance à devenir superficiels. Cependant, dans la grande majorité des cas, le diagnostic différentiel ne peut être établi, parce que la suppuration envahit à la fois les deux muscles psoas et iliaque.

Les abcès du psoas qui ne dépendent pas d'une carie vertébrale ne se rencontrent guère que chez les femmes à une époque encore rapprochée des couches.

Le psoïtis réclame le même traitement que les phlegmons et abcès iliaques; mais, en raison du peu de tendance qu'ont les abcès du psoas à devenir superficiels, il faut examiner avec soin la région lombaire, car quelquefois on y sent de la fluctuation. S'il en était ainsi, il faudrait se hâter de pratiquer une incision dans ce point, ce qui permettrait au pus de s'écouler plus aisément que par une ouverture faite sur la paroi antérieure de l'abdomen.

INFLAMMATIONS DE LA PEAU.

La peau est fréquemment affectée d'inflammation aiguë et chronique, et celle-ci s'y montre avec des caractères extérieurs fort différents. Tantôt, en effet, il n'existe qu'une rougeur plus ou moins vive; d'autres fois ce sont des tumeurs contenant divers liquides qui se concrètent. Ces différentes formes de l'inflammation ne sont pas seulement des variétés ou des degrés d'un même état morbide, mais elles constituent le plus souvent des affections distinctes. Nous allons donc diviser et étudier les maladies inflammatoires de la peau en quatre genres, qui sont les *exanthèmes*, les *vésicules*, les *bulles*, les *pustules*.

DES EXANTHÈMES.

Le mot *exanthème* (de ἐξανθέω, *effloresco*, *erumpo*) servait à désigner chez les Grecs à peu près toutes les éruptions cutanées; d'autres l'ont restreint à quelques groupes de maladies fort différentes entre elles. Mais depuis Willan, le mot *exanthème* a une signification précise, et on ne s'en sert plus aujourd'hui que pour dénommer un certain nombre d'affections cutanées ayant pour caractères communs *une rougeur plus ou moins vive, circonscrite ou diffuse, qui diminue ou disparaît momentanément sous la pression du doigt.*

D'après cette définition, il faut comprendre dans l'ordre des exanthèmes l'érythème, la roséole et l'érysipèle: nous ne parlerons pas de la rougeole ni de la scarlatine; car bien que, par leurs caractères extérieurs, ces éruptions soient de nature exanthémateuse, cependant, comme la fièvre, l'infection générale de l'économie, l'état du sang et la spécificité constituent les éléments principaux de la maladie, nous avons dû les ranger dans une autre classe (voir plus haut, p. 135).

DE L'ÉRYTHÈME.

L'érythème est un exanthème non contagieux, ne s'accompagnant ordinairement d'aucuns symptômes généraux, et qui est caractérisé par des taches rouges, superficielles, variables quant à leur nombre, à leur forme et à leur étendue, et se terminant par délitescence, par résolution ou par desquamation après une durée d'un à deux septénaires.

Symptômes. — L'érythème débute, en général, sans prodromes. On voit des taches, d'une rougeur variant depuis le rose tendre jusqu'au rouge vif ou même violet, disparaissant momentanément par la pression des doigts, se développer sur quelque partie du corps, le plus généralement à la face, à la poitrine et sur les membres. Parmi ces taches, les unes n'ont que quelques millimètres d'étendue, d'autres ont 5 ou 6 centimètres; dans quelques cas rares elles occupent toute la longueur d'un membre, et même une grande partie de la surface du corps. Cette rougeur est superficielle, et la peau ne présente aucune dureté à son niveau; cette membrane est intacte dans l'intervalle des taches. L'éruption érythémateuse s'accompagne souvent d'une légère douleur, d'un prurit plus ou moins incommode, et d'une augmentation dans la température. Lorsque la maladie est produite par le contact de matières âcres, ou bien lorsqu'elle se développe par le frottement continuel de deux surfaces contiguës, comme on l'observe fréquemment chez les personnes grasses, sous les mamelles, aux aines, aux aisselles et au nombril, aux cuisses et aux fesses chez les enfants à la mamelle (*intertrigo*), le prurit est plus vif, l'épiderme se détruit, et l'on voit se former alors de petites excoriations ou des crevasses qui fournissent un liquide séreux ou séro-purulent et d'une odeur nauséabonde.

Marche, durée, terminaisons. — Après avoir persisté quelques jours

avec ces caractères, les taches pâlissent peu à peu, puis s'éteignent tout à fait, et ne laissent aucun vestige, ou bien elles sont suivies d'une desquamation plus ou moins prononcée. Dans quelques cas l'érythème se termine par délitescence après une durée éphémère (*eryth. fugax*). Tels sont les caractères et la marche de l'érythème qu'on nomme *simple* ou *léger*.

Variétés. — L'éruption se présente quelquefois avec d'autres apparences, qui ont fait admettre plusieurs variétés d'érythème. Les seules qu'il importe de connaître sont les érythèmes *papuleux* et *noueux*.

Dans l'érythème papuleux (*eryth. papulatum* de Willan), les plaques, irrégulièrement arrondies, ont un volume qui varie entre celui d'une lentille et celui d'un centime. D'un rouge vif, puis violacé, surtout au centre, elles forment un léger relief, elles sont dures et comme papuleuses. Si la saillie est plus considérable et la dureté plus grande, l'érythème est nommé *tuberculeux* (*tuberculatum*) par Willan, et dans les cas où les plaques, très proéminentes, semblent se détacher de la peau par leur circonférence, l'érythème a été appelé *marginal* (*marginatum*) ; ces deux dernières distinctions offrent peu d'intérêt.

Quoi qu'il en soit, l'érythème papuleux se remarque surtout chez les jeunes gens et les femmes. Il occupe presque toujours le cou, la poitrine, les bras, la face dorsale des mains ou des avant-bras. Il est souvent précédé d'un état de malaise, et s'accompagne parfois de fièvre.

2° L'*érythème noueux* (*eryth. nodosum*) est une forme fréquente, qu'on rencontre surtout chez les femmes et les sujets jeunes. L'éruption occupe particulièrement les membres, surtout la face antérieure des jambes. Elle se présente sous forme de taches rouges, ovales, ayant de 5 à 25 millimètres de diamètre, et très douloureuses. En promenant la main à leur surface, on sent qu'elles sont saillantes et qu'elles forment de véritables nodosités. Au bout de quelques jours, les plaques sont moins dures; parfois elles sont molles, et donnent, quand on les presse, la sensation d'une fluctuation douteuse : cependant aucun liquide n'est jamais épanché dans les mailles des tissus. Cette éruption, qui est souvent précédée et accompagnée de malaise, de perte d'appétit et de fièvre, disparaît progressivement après une durée de douze ou quinze jours, laissant après elle une couleur noire ou jaunâtre de la peau, comme si cette membrane avait été meurtrie, ecchymosée.

Érythème épidémique de Paris. — Je ne parlerai ici que pour mémoire d'un érythème épidémique observé à Paris en 1828 : cette maladie a reçu le nom d'*acrodynie*, mais on n'a plus occasion de l'observer aujourd'hui. On en trouvera la description dans les recueils scientifiques de l'époque, et dans le 1er volume du *Dictionnaire de médecine*, 2e édition. D'ailleurs l'érythème n'était peut-être ici qu'un épiphénomène.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel de l'érythème sera discuté à l'occasion de chacune des maladies avec lesquelles on pourrait le confondre.

Pronostic. — Le pronostic n'offre jamais de gravité.

Étiologie. — L'érythème affecte surtout les enfants, les jeunes gens et les femmes. Chez les enfants à la mamelle, il est le plus souvent produit par le contact prolongé des urines et des matières fécales ; il siége alors aux cuisses, aux fesses, au scrotum. Un peu plus tard, et à l'époque de la dentition, des plaques d'érythème se montrent sur diverses parties du corps, surtout sur les joues. Chez les femmes, la suppression des règles est souvent la seule cause qui explique le développement d'un érythème noueux. Enfin, à tous les âges de la vie, la maladie peut être symptomatique d'une phlegmasie des voies digestives, ou bien elle est produite par la distension de la peau, comme dans l'anasarque ; elle se lie quelquefois à des accès de fièvre intermittente ou à des accidents névralgiques. Enfin, certaines substances, spécialement le baume de copahu, donné à l'intérieur, peuvent produire un érythème qui occupe généralement alors une grande partie du corps.

Traitement. — La plupart des érythèmes cèdent à l'expectation. Il est pourtant généralement avantageux de donner aux malades des bains tièdes, des boissons acidules et quelques minoratifs. Dans l'érythème noueux, si les douleurs sont vives, on couvrira la partie d'un cataplasme de fécule arrosé d'une décoction de têtes de pavot, à laquelle on ajoutera une petite quantité de sous-acétate de plomb. Il est excessivement rare qu'on soit forcé de recourir aux émissions sanguines. Lorsque l'érythème, se développant entre les plis de la peau, s'accompagne de gerçures et d'excoriations, on fera des lotions avec l'eau blanche, on saupoudrera les points affectés avec de l'amidon ou de la poudre de lycopode, on en séparera les parties contiguës de la peau avec de la charpie sèche et rapée ou avec un linge très fin.

DE LA ROSÉOLE.

La roséole (*rubeola*) est un exanthème non contagieux, caractérisé par des taches rosées, non proéminentes, diversement figurées, n'ayant qu'une durée éphémère, et généralement précédée et accompagnée de fièvre.

Symptômes. — L'éruption de la roséole est souvent précédée de malaise et de fièvre ; d'autres fois elle a lieu sans prodromes. Elle est constituée par des taches irrégulièrement arrondies, et généralement plus larges et moins nombreuses que celles de la rougeole ; parfois ces taches se montrent sous forme d'anneaux roses, avec des aires centrales qui conservent la couleur de la peau (*ros. annulata* de Willan). D'un rose plus ou moins foncé, ces taches occupent une partie ou la totalité du corps ; elles s'accompagnent généralement de prurit et de picotements à la peau. Beaucoup de malades éprouvent aussi un peu de chaleur à la gorge et de douleur pendant la déglutition, accidents qui s'expliquent par des taches analogues qui existent au pharynx. L'éruption, après être restée stationnaire pendant vingt-quatre heures, commence bientôt à pâlir, et vers le cinquième jour il n'en existe plus de trace : quelquefois cependant on remarque un peu de desquamation. En général, la roséole qui règne dans les saisons chaudes est celle

qui produit le plus de malaise et de fièvre; l'éruption offre en outre une teinte plus foncée, et le prurit est plus marqué (*ros. æstiva* de Willan).

Diagnostic. — D'après ce que je viens de dire, il est impossible de confondre la roséole avec la rougeole vulgaire ou régulière, par l'absence, dans la première, des symptômes de catarrhe, parce que les taches sont plus régulières, plus circonscrites, plus grosses que dans la rougeole. Cependant il faut convenir que, dans quelques cas, les caractères de l'éruption sont à peu près les mêmes dans les deux maladies. Si surtout il n'existe point de symptômes de catarrhe, il sera le plus souvent impossible de déterminer si on a affaire à une roséole ou à une rougeole sans catarrhe. Cette dernière sera probable si l'éruption survient dans une famille où règne la rougeole; mais la distinction est impossible lorsque la maladie est sporadique.

Pronostic. — Le pronostic n'est jamais grave.

Étiologie. — La roséole affecte spécialement les femmes et les enfants, surtout à l'époque de la dentition; elle règne plus souvent dans l'été et l'automne. L'impression du froid, un exercice forcé, des émotions morales, une phlegmasie viscérale, une inflammation gastro-intestinale surtout, peuvent la provoquer.

Traitement. — Le repos, une température douce, quelques boissons délayantes, sont les seuls moyens qu'il convient d'employer contre cette maladie, qui, même lorsqu'elle est fébrile, n'exige aucune espèce de traitement.

DE L'ÉRYSIPÈLE.

SYNONYMIE. — *Erysipelas*; fièvre érysipélateuse (de ἐρύω, *j'attire*, et πέλας, *auprès*, ou bien de ἐρυθρὸς, *rouge*).

L'érysipèle est une inflammation exanthématique, extensive, non contagieuse, caractérisée par une rougeur vive de la peau, avec dureté et léger gonflement de cette membrane, se terminant généralement par résolution et desquamation, quelquefois par suppuration, plus rarement encore par gangrène.

Anatomie pathologique. — Il n'est pas vrai de dire, avec beaucoup de personnes, que l'érysipèle ne laisse aucune trace sur le cadavre; car si, après la mort, la peau qui en a été le siége cesse d'être rouge, elle conserve du moins une teinte brunâtre ou violacée; l'épiderme est froncé et se détache avec facilité; le derme est quelquefois injecté, violacé, comme ecchymosé, plus humide, épaissi et un peu friable; le tissu cellulaire sous-cutané est souvent œdémateux, quelquefois on y trouve du pus infiltré ou réuni en foyer; enfin, la peau et le tissu cellulaire peuvent être mortifiés dans une étendue plus ou moins considérable. Ces lésions sont à peu près les seules qu'on puisse constater. On dit pourtant avoir trouvé les lymphatiques, les artères et surtout les veines de la peau enflammées et remplies de pus (Ribes, Copland, Cruveilhier, Blandin); mais ces vaisseaux sont tellement déliés dans l'épaisseur du derme, qu'il nous paraît impossible

de constater quel est leur mode d'altération. Nous ne nions pas pourtant qu'on n'ait quelquefois rencontré du pus dans les veines et les lymphatiques sous-cutanés; mais ces lésions ne sont probablement que consécutives : d'ailleurs elles nous paraissent indépendantes de l'érysipèle lui-même, et se rattacher plutôt à la suppuration du tissu cellulaire, c'est-à-dire à l'existence d'un érysipèle phlegmoneux. M. Rayer professe à peu près la même opinion.

Symptômes, marche. — L'érysipèle est presque toujours précédé de quelques phénomènes précurseurs, tels que malaise, lassitude, fièvre, céphalalgie, anorexie, bouche amère, vomissement, etc. Mais un des symptômes les plus remarquables et les plus communs, puisqu'on l'observe dans les deux tiers des cas, est l'engorgement douloureux des ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux provenant de la partie qui doit être atteinte d'érysipèle, quoique la peau ne présente encore aucune modification appréciable dans sa coloration, dans son épaisseur, dans sa température et dans sa sensibilité. Cet engorgement des ganglions, sur lequel M. Chomel a surtout appelé l'attention, précède d'un, de deux ou de trois jours le développement de l'érysipèle. Nous avons même vu plusieurs fois ce symptôme devancer la rougeur de sept, huit et même neuf jours. Le nombre des ganglions affectés, leur tuméfaction, leur sensibilité, sont généralement proportionnés à la gravité et à l'étendue que l'érysipèle aura : cependant il existe à ce sujet de nombreuses exceptions.

L'érysipèle est caractérisé à son début par une rougeur plus ou moins circonscrite, dont la teinte varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge écarlate ou violacé. Elle disparaît ou diminue, du moins momentanément, par la pression du doigt. A son niveau, la peau est tendue, luisante, manifestement épaissie et gonflée : c'est ce qu'on apprécie très bien par le toucher. Si, en effet, on promène le doigt sur les limites de la rougeur, on sent en ce point un petit bourrelet. Le gonflement peut devenir parfois considérable : c'est ce qui arrive lorsque l'érysipèle envahit une partie dont le tissu cellulaire est lâche, comme cela a lieu aux paupières ou aux grandes lèvres, ou bien encore lorsque, quelle que soit la partie du corps, l'inflammation se propageant au tissu cellulaire subjacent, l'érysipèle devient phlegmoneux. La peau affectée d'érysipèle est le siége d'une douleur vive, tensive ou prurigineuse, que la pression exaspère. La température des téguments affectés est augmentée; elle paraît être plus considérable qu'elle n'est réellement, puisqu'elle ne dépasserait guère, dit-on, que de 3 ou 4 degrés la température normale. Les mouvements sont difficiles ou rendus même impossibles. Enfin, si l'érysipèle a une certaine étendue, il s'accompagne de symptômes généraux : ainsi il y a une fièvre souvent intense, de la céphalalgie, de l'agitation et du délire, des frissons irréguliers, de la soif, de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée. Cependant l'érysipèle ne reste presque jamais borné dans les points qu'il a primitivement occupés (*érysipèle fixe*); mais l'un des caractères les plus remarquables de cette affection est de tendre sans cesse à envahir de nouvelles surfaces. Dans la plupart des cas, l'inflamma-

tion s'étend de proche en proche : on dit alors que l'érysipèle est *serpigineux* : il peut ainsi envahir successivement toute la surface du corps. Ou bien il se porte dans un point plus ou moins éloigné, en respectant les parties intermédiaires : on le nomme alors *ambulant ;* ce mode d'extension est le plus rare. Enfin il arrive assez souvent qu'en examinant au-delà des points où l'érysipèle semble limité, on aperçoit, disséminées çà et là, des taches rosées, irrégulières, qui bientôt se réunissent en une seule plaque franchement érysipélateuse. Il ne paraît pas qu'on ait jamais vu d'érysipèle *universel*, c'est-à-dire recouvrant toute la peau dans un seul et même instant. Les faits, soit anciens, soit modernes, qu'on cite comme des exemples d'érysipèle universel ne sont pas concluants ; car il est facile de prouver que la plupart d'entre eux ne sont que des scarlatines méconnues, ou bien des érysipèles erratiques et ambulants. Après avoir persisté à un certain degré pendant quatre ou cinq jours, la tension diminue d'intensité ; la surface pâlit, prend une teinte jaunâtre ou violacée ; l'épiderme se ride ; la douleur et la chaleur s'éteignent. La même série de phénomènes se reproduit dans les points qui ont été pris successivement, et s'il y a eu entre chaque éruption un intervalle de trois, quatre ou cinq jours, on pourra, sur le même sujet, étudier la maladie dans ses différentes phases.

Terminaisons. — La plupart des érysipèles se terminent par résolution, avec desquamation de l'épiderme dans la partie affectée. La peau conserve ensuite pendant une ou plusieurs semaines une couleur violacée ; le derme est épaissi, œdémateux. Dans les cas où l'érysipèle a occupé plusieurs fois le même point, la peau peut conserver pour toujours une teinte bleuâtre ; la partie reste empâtée, œdémateuse : c'est ce qu'on observe surtout chez les vieillards dont les extrémités inférieures ont été plusieurs fois atteintes d'érysipèle.

On a dit que l'érysipèle pouvait se terminer par délitescence ; mais ces faits, qui sont d'ailleurs très rares, se rapportent peut-être plutôt à l'érythème qu'à l'érysipèle. Dans ces cas, l'érysipèle disparaîtrait brusquement, et pour toujours, sans laisser de traces de son existence ; ou bien il se reproduirait sur un point plus ou moins éloigné (*érysipèle erratique* ou *métastatique*). On a dit encore que la métastase, se faisant sur un organe intérieur, pouvait être suivie des plus graves accidents ; mais l'observation n'a pas encore justifié ces craintes ; car la délitescence, loin d'être la cause de quelque accident, paraîtrait être au contraire presque toujours consécutive à une phlegmasie d'un organe important. Enfin l'érysipèle peut être suivi de suppuration ; il peut aussi produire l'ulcération de la peau, avec gangrène de cette membrane et des tissus subjacents ; mais ce sont là des terminaisons qui sont purement accidentelles, nous en parlerons plus bas avec quelques détails.

D'après ce qui précède, on a pu voir que l'érysipèle avait une marche toujours aiguë et continue ou exacerbante. Peu après avoir cessé, la maladie peut se reproduire dans les mêmes points, soit spontanément, soit par quelque imprudence des malades, comme lorsqu'ils s'exposent à l'air froid ou qu'ils commettent des écarts de régime. Toutefois ces rechutes sont peu

graves ; car la fièvre est alors peu intense, et la maladie a une durée beaucoup moins longue que dans la première attaque. Il est des individus chez lesquels les érysipèles se reproduisent au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois une ou plusieurs fois par an, et toujours aux mêmes époques (Lorry, Frank). On dit aussi avoir vu quelquefois la maladie revenir assez périodiquement à de courts intervalles, et suivant un des types propres aux fièvres intermittentes. L'érysipèle présente, en général, d'autant moins d'intensité qu'il s'est déjà reproduit un plus grand nombre de fois chez le même individu.

Durée. — Tels sont les symptômes et la marche ordinaires de l'érysipèle, dont la durée moyenne est de douze à quinze jours pour une première attaque, et de cinq à huit pour les attaques subséquentes.

Variétés. — Cependant l'érysipèle ne se présente pas toujours avec les caractères que nous venons de lui assigner. La maladie présente, au contraire, des variétés nombreuses relatives, 1° aux phénomènes locaux, 2° aux symptômes généraux et sympathiques, 3° à son siége, 4° à ses suites et à ses modes de terminaison.

1° *Variétés de l'érysipèle quant aux phénomènes locaux.* — Lorsque l'érysipèle est très intense, de la sérosité est exhalée sous l'épiderme, qu'elle soulève. On voit alors se dessiner sur la surface enflammée tantôt de petites vésicules semblables à celles de l'eczéma (*érys. eczémateux* ou *miliaire*) ; d'autres fois ce sont des vessies, des ampoules (*érys. phlycténoïde, pemphygoïde* ou *bulleux*). Le liquide qui soulève l'épiderme, au lieu d'être séreux, peut devenir lactescent, et même tout à fait purulent (*érys. pustuleux*). Enfin quelquefois l'ampoule est remplie par un sang noirâtre, qui finit par se dessécher, qui d'autres fois infiltre le tissu du derme, et produit alors dans les deux cas, à la surface de la peau, des plaques noirâtres, qui effraient souvent les personnes inexpérimentées, et leur font croire à l'existence d'une gangrène. Quoi qu'il en soit, les vésicules distendues se déchirent, ou bien le liquide qu'elles contiennent se résorbe en partie, le reste se concrète, l'épiderme se fronce et durcit, et il se forme une croûte blanche, grise ou noirâtre, qui tombe au bout de quelques jours. Fréquemment aussi l'érysipèle produit une infiltration séreuse du tissu cellulaire subjacent ; on dit alors qu'il est *œdémateux.* Dans ce cas, la peau est lisse, unie, brillante ; si on la comprime avec le doigt, on produit une dépression, comme dans toute partie œdémateuse. Cette forme de l'érysipèle, plus commune chez les sujets lymphatiques débiles et affaiblis, se remarque surtout là où le tissu cellulaire est naturellement lâche. Enfin, dans un grand nombre de cas, la phlegmasie de la peau se propageant au tissu cellulaire subjacent, on dit que l'érysipèle est *phlegmoneux.* Dans cette forme de la maladie, la peau est plus dure et plus tendue, la rougeur ne disparaît plus par la pression, la tuméfaction des parties est considérable, les symptômes généraux et sympathiques sont plus graves ; c'est surtout alors qu'on voit la maladie être suivie de suppuration ou de gangrène.

2° *Variétés de l'érysipèle quant aux symptômes généraux et sympa-*

thiques. — Il est rare que l'érysipèle soit tout à fait apyrétique. L'absence de fièvre ne se remarque que dans les cas où la maladie est très bénigne et bornée à un petit espace. Presque toujours il existe un appareil fébrile, proportionné à l'intensité et à l'étendue de la phlegmasie cutanée. Le plus souvent la réaction est franche, et on observe la série de symptômes caractérisant l'état inflammatoire. Ailleurs on voit l'appareil symptomatique qui accompagne les formes adynamique et ataxique des fièvres graves. Cette variété se remarque spécialement sous l'influence de certaines constitutions médicales, ou lorsque l'érysipèle survient chez des individus affaiblis par l'âge et les privations, ou bien encore lorsque la maladie s'est terminée, sur une grande étendue, par suppuration et surtout par gangrène. Enfin, une des variétés les plus remarquables et les plus fréquentes de l'érysipèle est celle qu'on nomme *bilieuse*, parce qu'elle se complique d'embarras gastrique; la bouche est alors amère, et la soif vive; la langue, la peau, l'urine, sont jaunâtres; il y a des nausées, des vomissements et des déjections bilieuses. Cette forme règne souvent d'une manière épidémique, surtout dans les hôpitaux et pendant les saisons chaudes et humides.

3° *Variétés de l'érysipèle quant à son siége.* — Je ne parlerai que de l'érysipèle qui affecte si communément la face et le cuir chevelu. L'érysipèle de la tête débute presque toujours par la face, spécialement par le nez, par le front ou la joue droite, elle s'étend ensuite plus ou moins rapidement au reste de la figure et au cuir chevelu. C'est surtout dans les prodromes de cet érysipèle qu'on observe l'engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires et de ceux des parties latérales du cou. Lorsque toute la face est envahie, les individus sont devenus méconnaissables; les paupières, distendues, recouvrent les globes oculaires; les lèvres sont contournées, la bouche est entr'ouverte, l'articulation des sons est difficile ou impossible, le nez a acquis un volume énorme, les narines sont sèches et obstruées par du sang et du mucus. Si la phlegmasie a envahi les oreilles et le conduit auditif externe, les malades éprouvent des bourdonnements et de la surdité. L'érysipèle du cuir chevelu est très rarement primitif; sauf le cas où il reconnaît une cause traumatique, il survient presque toujours consécutivement à un érysipèle de la face. M. Chomel a parfaitement indiqué les phénomènes qui le distinguent de l'érysipèle de toutes les autres parties du corps. Ainsi, dans l'érysipèle du cuir chevelu, la rougeur manque, du moins elle est équivoque, ou bien on ne découvre qu'une légère teinte rosée ou bleuâtre qui tranche un peu sur la couleur grisâtre naturelle au cuir chevelu. Mais les signes caractéristiques de la maladie sont une douleur tensive plus ou moins vive que la pression exaspère; de plus, en comprimant cette partie avec la pulpe du doigt, on produit une dépression en raison de l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire; c'est là un phénomène à peu près constant. Il est inutile de dire que chez les chauves l'érysipèle du cuir chevelu s'accompagne d'une rougeur franche comme cela a lieu dans les autres parties.

Les érysipèles de la face et du cuir chevelu sont les plus graves; car ils se compliquent souvent de délire, lequel toutefois est bien plus souvent

sympathique que l'effet d'une phlegmasie des méninges ou du cerveau : ces dernières complications sont d'ailleurs assez rares. MM. Piorry et Malle ont chacun publié en 1833, dans la *Gazette médicale*, un travail pour prouver que les accidents cérébraux qui surviennent dans le cours des érysipèles de la face dépendaient surtout de ce que l'inflammation se serait propagée au cerveau et à ses membranes par le tissu cellulaire des paupières et de l'orbite, qu'on trouverait alors toujours suppuré. Mais on peut objecter à cette opinion qu'il est très commun de voir des abcès des paupières chez des individus qui n'ont jamais eu ni délire ni coma. D'ailleurs il résulte même des travaux de MM. Piorry et Malle que, dans les cas où il y a eu des accidents cérébraux pendant la vie, et où on trouva après la mort la suppuration du tissu cellulaire de l'orbite, le cerveau et les membranes étaient presque toujours intacts, d'où il suit qu'il n'y a point eu transmission de la maladie de l'un à l'autre, mais seulement effet sympathique ou de simple voisinage.

4° *Variétés d'après les modes de terminaison.* — Nous avons vu que la résolution n'était pas le seul mode de terminaison de l'érysipèle; que celui-ci pouvait être suivi de suppuration, de gangrène et d'ulcération. La suppuration peut avoir lieu à la surface de la peau; dans ce cas, l'épiderme est soulevé par du pus au lieu de l'être par de la sérosité. Mais c'est là un fait peu important; il n'en est plus de même lorsque le pus se forme dans le tissu cellulaire sous-cutané, où le liquide est infiltré ou épanché. Ce mode de terminaison a rarement lieu dans toute l'étendue de la partie érysipélateuse; il est le plus souvent partiel : ainsi, à la face, on l'observe presque exclusivement aux paupières. La suppuration est aussi un des accidents les plus graves de l'érysipèle du cuir chevelu; on a quelquefois vu alors le pus décoller le péricrâne sur une grande surface, les os se carier, se nécroser et le tissu cellulaire être entraîné par lambeaux. Au milieu de ce désordre, la peau reste le plus souvent intacte, et ne se mortifie pas comme le ferait la peau des membres si elle était largement dénudée. Dupuytren a expliqué ce fait remarquable par la disposition des artères, qui, au crâne, rampant entre l'aponévrose et la peau, adhèrent intimement à cette dernière, de sorte qu'elles continuent à alimenter cette membrane, même lorsque le tissu cellulaire sous-jacent a été détruit. Partout ailleurs, au contraire, lorsque la suppuration a désorganisé le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux qui le traversent sont eux-mêmes déchirés, oblitérés, détruits, la peau, cessant alors d'être alimentée, est frappée de gangrène. Nous n'avons jamais vu les ganglions suppurés, même lorsqu'ils avaient été très tuméfiés et très douloureux.

La gangrène n'est pas toujours produite par l'intensité de la phlegmasie; mais elle résulte souvent de l'état général, cachectique des individus : c'est ainsi qu'elle est fréquente chez les vieillards, chez les enfants nouveau-nés et chez les sujets débilités. La mortification peut frapper primitivement le tissu cellulaire ou la peau; dans ce dernier cas c'est communément au centre d'une phlyctène que la gangrène se déclare. Celle-ci est un accident fréquent lorsque la peau que l'érysipèle envahit est mince, fine,

et lorsqu'elle est doublée par un tissu cellulaire lâche; c'est ce qu'on voit, par exemple, dans l'érysipèle des paupières, dans celui du scrotum, de la verge et des grandes lèvres, surtout chez les jeunes filles.

Si la suppuration et la gangrène sont limitées, il n'en résulte aucun accident grave; mais si elles occupent une grande étendue, on voit alors apparaître l'appareil symptomatique qui caractérise les états adynamique et ataxique.

Enfin l'ulcération est le mode de terminaison le plus rare de l'érysipèle; on ne l'observe guère que dans certaines conditions graves de l'économie. L'ulcération succède tantôt à une phlyctène, à une pustule ou à la chute d'une escarre. On peut, chez le même individu, observer à la fois plusieurs des suites que nous venons d'indiquer; c'est ce qu'on voit surtout pour l'érysipèle de la face, qui détermine souvent de la suppuration dans les paupières, une gangrène sur les oreilles, tandis que partout ailleurs la maladie se termine par résolution.

Diagnostic. — On peut prédire le développement prochain d'un érysipèle, toutes les fois qu'un individu présentera pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures du malaise, de la fièvre et un engorgement douloureux des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux. En effet, s'il n'existe dans la bouche ni à la gorge aucune lésion qui explique ces phénomènes, on peut annoncer presque à coup sûr qu'un érysipèle apparaîtra bientôt sur un point quelconque de la face ou du cuir chevelu. L'érysipèle, une fois déclaré, sera facilement reconnu, et il sera impossible de le confondre avec la rougeole ou la scarlatine, ni avec la roséole, ni avec l'eczéma, ni avec l'érythème, pas même avec une simple rougeur produite par l'insolation ou par un sinapisme, etc. Cette dernière, en effet, reste bornée à la peau sur laquelle elle s'est développée, et elle ne gagne pas les parties voisines comme le fait l'érysipèle. En outre, la rougeur est superficielle, et la peau n'est ni indurée ni épaissie. Ces différences s'appliquent aussi à l'érythème simple, qui, d'ailleurs, est souvent disposé par taches ou par plaques, tandis que l'érysipèle occupe communément une large surface. L'érythème noueux ne pourrait en imposer non plus pour un érysipèle phlegmoneux, en raison de la circonscription, de l'aspect et de la forme bosselée de la tuméfaction, etc.

Pronostic. — Lorsque l'érysipèle se développe chez des sujets bien portants, il est rare qu'il se termine d'une manière funeste, même lorsqu'il envahit successivement toute la surface du corps. Toutes choses égales d'ailleurs, celui qui occupe à la fois la face et le cuir chevelu est le plus fâcheux. L'extension de la phlegmasie au tissu cellulaire, la suppuration diffuse, la gangrène, les symptômes adynamiques et ataxiques, sont tout autant de circonstances qui doivent aggraver le pronostic. Enfin, l'érysipèle qui survient dans le cours d'une autre maladie, même lorsqu'il est peu intense, est toujours une circonstance fâcheuse; car s'il n'est pas assez grave pour entraîner la mort, il affaiblit du moins tellement les malades qu'il accélère le terme fatal; c'est ce qu'on voit spécialement dans la fièvre typhoïde et dans la plupart des maladies chroniques. L'érysipèle est

une maladie également fort grave chez les nouveaux-nés, en raison de la faiblesse des sujets, des complications viscérales et de la fréquence de la gangrène ; c'est ainsi que sur quarante-cinq cas d'érysipèles observés par Billard, par Bang et par Œsterleben, trente et un ont eu une issue funeste. MM. Paul Dubois, Moreau, Lebreton, Trousseau, disent n'avoir encore observé aucun cas de guérison dans les premiers mois de l'existence. L'érysipèle, chez les sujets plus âgés, peut être utile quelquefois, en modifiant la marche de quelques affections chroniques et rebelles de la peau : cependant il n'est pas très rare que le contraire arrive.

Il importe souvent au pronostic, et pour l'appréciation rigoureuse des moyens thérapeutiques, de déterminer si l'érysipèle a de la tendance à s'étendre sur d'autres parties, ou s'il va rester stationnaire pour décroître ensuite. La considération de l'état général, et surtout la diminution de la fièvre, peuvent fournir quelque présomption favorable : cependant on devra surtout se fonder sur l'aspect même de l'exanthème. Si l'érysipèle offre une rougeur vive, et si *aux limites de cette rougeur la peau gonflée forme un relief sensible*, on peut prédire que l'érysipèle n'est pas encore usé, et que sous peu il envahira, quoi qu'on fasse, les parties voisines. Lorsqu'au contraire, l'intensité de la rougeur va en diminuant, et que vers la circonférence il n'existe plus que quelques taches rosées irrégulières, on devra croire que la maladie est bornée.

Étiologie. — Tous les points de la peau peuvent être frappés d'érysipèle; mais nulle partie n'y est plus sujette que la face ; on peut même dire que celle-ci est à elle seule plus souvent affectée d'érysipèle que toutes les autres régions du corps réunies. Cependant cette prédisposition de telle ou telle partie à être plus spécialement affectée d'érysipèle varie aux différents âges de la vie : ainsi, chez les jeunes enfants, l'érysipèle du tronc est le plus commun ; chez le nouveau-né, il se déclare toujours au voisinage de l'ombilic, ce qui s'explique par l'inflammation et la suppuration de cette partie ; chez les vieillards, au contraire, on observe plus souvent l'érysipèle des membres inférieurs ; dans la jeunesse et l'âge adulte, c'est l'érysipèle de la face qui prédomine. Celui-ci est presque toujours primitif; il est très rare qu'il ne se développe que par suite de l'extension d'un érysipèle né dans un point plus ou moins éloigné ; c'est le contraire pour l'inflammation du cuir chevelu. On observe l'érysipèle à tous les âges de la vie; mais d'après les calculs de Neuman, la maladie aurait son maximum de fréquence entre vingt et quarante-cinq ans. Les statistiques de J. Frank, de MM. Chomel, Louis, et nos observations, s'accordent pour prouver que l'érysipèle de la face est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Si les constitutions et les tempéraments ont quelque part dans la production des érysipèles, cette influence est inconnue, tandis que ces circonstances influent certainement sur la forme de la maladie, qui est franchement inflammatoire chez les sujets sanguins, et plutôt œdémateuse chez les individus débiles. On ne sait rien de précis sur les circonstances hygiéniques qui prédisposent aux érysipèles ; tout ce qu'on a dit des effets produits par des aliments épicés, par des boissons fermentées, etc., ne

doit être accepté que comme de simples assertions. On ignore également l'influence des climats et même des saisons ; car si J. Frank regarde les érysipèles comme plus communs en hiver, MM. Chomel et Blache les croient, au contraire, plus fréquents au printemps et surtout pendant l'automne. De temps en temps on voit les érysipèles régner en plus grand nombre, et devenir épidémiques sous l'influence de constitutions atmosphériques fort diverses. Underwood, MM. les professeurs P. Dubois et Moreau ont noté la fréquence de l'érysipèle chez les nouveaux-nés pendant les épidémies de fièvre puerpérale. Il semble alors, dit M. Trousseau, que la même influence qui tue les mères s'appesantisse sur les enfants. Il est des lieux où l'érysipèle règne, sinon habituellement, du moins fort souvent, de manière à pouvoir y être regardé comme endémique. On a signalé surtout certaines salles d'hôpital ; c'est ainsi que la salle Saint-Côme de l'Hôtel-Dieu de Paris, avant d'être restaurée, était célèbre par les érysipèles qu'on y observait presque endémiquement.

Il est incontestable que dans la grande majorité des cas, l'érysipèle survient sans le concours manifeste d'aucune cause déterminante. D'autres fois, au contraire, la maladie est consécutive à l'action d'une cause matérielle, telle que l'insolation, une solution de continuité, des frottements, l'irritation trop vive d'un exutoire, etc. Cependant, sans nier l'influence que ces causes exercent, on ne peut contester, je pense, qu'elles ne peuvent agir qu'en raison d'une prédisposition antécédente de la constitution, puisque ces conditions ont souvent existé plusieurs fois chez le même sujet sans produire les mêmes résultats. Il faut donc reconnaître que, dans le cas spécial où elles ont été suivies d'un érysipèle, il a existé une cause inconnue quelconque, qui n'est autre que la prédisposition. Les causes occasionnelles peuvent hâter le développement de la maladie, la fixer sur tel point de la peau plutôt que sur tel autre; mais là seulement se bornent leurs effets. Ces principes sont exactement ceux que professe M. Chomel; nous les adoptons complétement, et nous croyons, avec lui, que l'érysipèle n'est jamais le résultat d'une cause externe, ou du moins, si quelqu'une d'elles concourt à sa production, elle n'a qu'une part secondaire dans son développement ; elle suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière que nous ne connaissons pas.

Traitement. — On a préconisé contre l'érysipèle une foule de médicaments et de méthodes de traitement, depuis l'expectation jusqu'aux médications le plus actives ; mais la thérapeutique devra varier suivant les formes que la maladie présente. Lorsque l'érysipèle est benin, lorsqu'il s'accompagne d'une fièvre peu intense, lorsqu'il se reproduit chez un sujet qui en a déjà eu plusieurs atteintes, on pourra ne faire qu'une médecine presque expectante. Les malades seront alors placés dans une température douce ; la partie phlogosée sera mise dans la position la plus favorable pour favoriser la circulation veineuse : on donnera des boissons douces, acidules : il sera utile généralement de joindre à ces moyens l'emploi de quelques révulsifs sur la peau (sinapismes, pédiluves) et sur le tube digestif (laxatifs). C'est dans le cas dont je parle qu'il est

permis d'employer une médecine peu active ou même expectante. Mais nous ne saurions approuver ici ceux qui ont voulu appliquer indistinctement la méthode de l'expectation au traitement de tous les érysipèles. L'observation journalière prouve, en effet, que lorque la maladie affecte un individu dans la force de l'âge, et qu'elle s'accompagne d'une vive réaction fébrile, lorsqu'enfin le pouls est large, dur, développé, il est utile ou plutôt urgent de pratiquer une ou même plusieurs saignées. Ces émissions sanguines modéreront la fièvre, borneront peut-être l'érysipèle ; mais il ne faut pas espérer qu'on arrêtera celui-ci brusquement, ni même qu'on abrégera beaucoup sa durée ; c'est ce qui résulte, en effet, des recherches de M. Louis, dont nous avons nous-même vérifié toute l'exactitude.

Nous ne dirons rien de M. Bouillaud, quoiqu'il prétende guérir les érysipèles *avec une facilité et une rapidité étonnantes* (textuel), en leur appliquant la formule des saignées coup sur coup ; car, en consultant les trois exemples d'érysipèle intense publiés par l'auteur dans sa *Clinique*, et qu'il a traités d'après sa méthode, on voit que, dans un cas, l'érysipèle a parcouru une partie du corps, et a duré vingt et un jours (obs. 3e); que, dans une autre (obs. 4e), on n'a pu empêcher la formation d'abcès multiples : l'affection a persisté pendant trente-cinq ou quarante jours, et huit mois après la malade n'avait pas encore quitté l'hôpital ; enfin, dans le cas le plus favorable, la durée de l'érysipèle fut de treize à quinze jours. Pour couronner ces résultats, disons que les trois malades de M. Bouillaud, épuisées par les saignées et par la maladie, devinrent tout à fait anémiques. L'expérience des siècles s'est depuis longtemps prononcée contre l'emploi des saignées abondantes dans le traitement des érysipèles ; car les pertes de sang ont pour résultat de favoriser le développement des accidents ataxiques, de prostrer les forces, qu'il faut ménager, surtout lorsque l'érysipèle a de la tendance à s'étendre, à devenir vague, puisque sa durée est alors indéterminée.

Lorsque les émissions sanguines sont indiquées, il faut préférer la saignée générale aux sangsues, qui offrent plusieurs inconvénients : ainsi, appliquées sur l'érysipèle, elles le font souvent passer à l'état phlegmoneux, et si on les met dans le voisinage, les piqûres sont souvent le foyer, le point de départ d'un nouvel érysipèle, si le sujet y est d'ailleurs très prédisposé ou si on observe en temps d'épidémie.

Nous croyons qu'en règle générale on doit s'abstenir de tous les topiques qu'on a conseillés, soit pour modérer l'inflammation de la peau, soit pour la limiter dans le point qu'elle occupe. Cependant, lorsqu'il y a beaucoup de tension, lorsque la phlegmasie gagne le tissu cellulaire, nous pensons qu'il est utile de placer la partie malade dans un bain prolongé, et de l'entourer de cataplasmes de fécule de pommes de terre modérément chauds. Ces deux moyens sont impraticables ou incommodes dans l'érysipèle de la face. On a beaucoup vanté l'emploi des fomentations froides, astringentes ; du camphre en poudre avec ou sans mouchetures, de l'alcool camphré étendu d'eau, d'un mélange de basilicum et d'huile essentielle de térébenthine (liniment de Kentisch), d'une solution de nitrate d'argent, du protosulfure de fer

en lotions (30 grammes par litre d'eau) ou en pommade (8 grammes pour 32 d'axonge) ; enfin on a même conseillé l'emploi du cautère actuel et du moxa : mais aucuns de ces moyens n'ont l'efficacité qu'on leur attribue, et la plupart sont dangereux. Pendant plusieurs années, le vésicatoire, appliqué au centre même de l'érysipèle, a joui d'une grande faveur en France. On sait que cette méthode, ancienne déjà de deux siècles, préconisée par Petit, de Lyon, fut adoptée par Dupuytren, qui la regardait comme très efficace. Cependant, en consultant les faits que j'ai recueillis à la clinique même de ce grand maître, je me suis convaincu que le vésicatoire n'avait le pouvoir ni de borner l'érysipèle ni d'en abréger la durée. Mais il est certain que je n'ai jamais vu aucun accident résulter de l'application d'un ou plusieurs vésicatoires sur les parties de la peau qui étaient le plus enflammées et que ces exutoires n'ont laissé aucune trace après eux.

Dans ces derniers temps, on a encore préconisé contre les érysipèles les onctions avec l'onguent mercuriel ; mais il est reconnu aujourd'hui que la plupart des guérisons attribuées à ce médicament doivent être uniquement rapportées à la marche naturelle de la maladie. D'ailleurs nous regardons cette médication comme dangereuse, et nous voulons qu'on la proscrive tout à fait ; car elle produit souvent des salivations incommodes, interminables, et deux fois j'ai vu la vie des malades en péril par suite d'un gonflement énorme de la langue, qui empêchait la déglutition et gênait l'entrée de l'air. Quelques personnes ont encore conseillé les onctions avec l'axonge fraîchement préparée. Ce moyen, que nous avons vu employer par M. Martin Solon, nous a paru, en effet, diminuer la sensation de brûlure et de tension des parties affectées; mais ce soulagement est en général de très courte durée. Je ne sais encore ce qu'il faut penser de la pommade au nitrate d'argent (10 grammes pour 40 d'axonge), vantée par M. Jobert, pour diminuer la tension douloureuse de l'érysipèle et pour le limiter. Enfin, pour terminer, nous mentionnerons la compression comme un moyen efficace et qu'on a conseillé dans l'érysipèle. Cependant il serait dangereux de l'employer lorsque la phlegmasie est encore intense ; ce n'est guère que lorsque la maladie est à son déclin, lorsque le derme reste épaissi et le tissu cellulaire œdémateux, que la compression est réellement utile.

Parmi les moyens qu'on a préconisés pour borner les érysipèles, on distingue surtout la cautérisation avec le nitrate d'argent, et les vésicatoires. On a dit, en effet, qu'en cautérisant légèrement la peau avec un crayon de nitrate d'argent au pourtour de l'érysipèle, ou bien en appliquant sur les limites de l'exanthème un vésicatoire de quelques centimètres de large, on bornait la maladie et on l'empêchait d'envahir de nouvelles parties. Mais nous regardons ces moyens comme n'ayant pas l'efficacité qu'on leur attribue. Si quelques médecins ont cru à la puissance des vésicants et des escarrotiques pour borner la maladie, c'est qu'ils ont attribué à ces agents thérapeutiques ce qui n'était qu'un effet de la marche naturelle de la maladie. Ainsi, lorsqu'on cautérise ou qu'on met un vésicatoire autour d'une surface érysipélateuse dont le pourtour offre une rougeur peu vive, mal circonscrite, parfois disséminée par plaques, et sans relief du derme, il n'y

a rien d'étonnant que la maladie ne franchisse pas les limites qu'on lui a tracées; car, aux caractères que je viens d'indiquer, on doit soupçonner que l'érysipèle a déjà de la tendance à s'arrêter spontanément. Pour apprécier le degré d'efficacité des moyens dont je parle, il faut les employer *exclusivement*, comme nous l'avons d'ailleurs fait nous-même mainte fois, au pourtour d'érysipèles qui, bien circonscrits, rouges, durs et formant relief à leur circonférence, présentent tous les caractères extérieurs qui indiquent que la maladie n'est pas usée, et qu'elle a de la tendance à envahir de nouvelles surfaces. Or, nous affirmons que le vésicatoire ou la cautérisation employés dans ces circonstances sont sans effet, et n'empêchent pas l'érysipèle de s'étendre au-delà. M. Requin a également reconnu l'inutilité de l'azotate d'argent pour limiter les érysipèles.

L'érysipèle peut présenter encore quelques indications spéciales à remplir, d'après la nature de ses complications : ainsi les signes d'embarras gastrique seront combattus par les évacuants; dans certaines constitutions épidémiques, il suffit même parfois d'obéir à cette indication pour voir modifier rapidement la marche de la maladie. Si la prostration est grande, le pouls petit, dépressible, il faudra soutenir les forces par l'emploi des toniques, des cordiaux; enfin, si le délire survient, on en recherchera la cause. Dépend-il de l'intensité de l'érysipèle ou d'une phlegmasie des méninges, on insistera sur les antiphlogistiques; coïncide-t-il avec l'adynamie, on donnera les toniques; enfin, le délire est-il l'effet d'une simple perversion nerveuse, on tentera l'emploi de quelques antispasmodiques, surtout du musc ou du camphre uni au nitre et à l'opium. Il est encore des indications spéciales, suivant le mode de terminaison de la maladie. Ainsi une collection purulente s'est-elle formée, il faut lui donner issue. L'érysipèle s'est-il terminé par gangrène, on favorise la chute des escarres, par des cataplasmes émollients, si la mortification est l'effet de l'intensité de l'inflammation; par des topiques excitants, tels que le styrax, le kina, le chlore, si la gangrène est l'effet de la débilité ou d'un état cachectique. Enfin, dans l'érysipèle ulcéreux, on observe les soins de propreté, on panse les solutions de continuité avec du cérat, et si l'ulcération faisait trop de progrès, il pourrait être nécessaire d'essayer à la borner par la cautérisation.

Tous les moyens dont je viens de faire l'énumération, en y comprenant la cautérisation avec le fer rouge, ont été jusqu'à ce jour employés en vain contre l'érysipèle du nouveau-né.

Enfin, il est quelques précautions à prendre, suivant que l'érysipèle affecte telle ou telle partie du corps. Ainsi la maladie occupe-t-elle la face, on se hâtera d'enlever les boucles d'oreilles, car la constriction produite par elles pourrait amener la gangrène du lobule si l'érysipèle s'étendait jusqu'à lui. Dans l'érysipèle de la vulve, il faudra interposer entre les grandes et les petites lèvres un plumasseau de charpie ou un linge fin, afin de prévenir les adhérences qui se sont quelquefois établies entre ces parties à la suite de leur érosion ou de leur ulcération.

Il est des individus très disposés aux érysipèles, qui contractent cette

maladie à certaines époques plus ou moins déterminées ; il n'y a aucun moyen pour la prévenir. Les bains, les boissons acidules, tempérantes, les apéritifs, les amers, les purgatifs qu'on conseille dans ces cas, ont rarement les effets que quelques personnes en espèrent.

Nature. — On a beaucoup discuté ou plutôt divagué sur la nature de l'érysipèle, qu'on a regardé pendant longtemps comme produit par la stagnation ou par l'altération de la bile. Il est incontestable que l'érysipèle est une phlegmasie cutanée ; mais est-ce une inflammation simple, ou bien l'altération de la peau ne serait-elle qu'un des symptômes d'un état général? Dans l'état actuel de la science, il est impossible de répondre à cette question : cependant nous dirons, avec MM. Chomel et Blache, que si on considère la mobilité de l'érysipèle, le trouble des fonctions digestives, la disproportion qu'il y a souvent entre les symptômes généraux et le peu d'étendue de la phlogose cutanée, enfin l'insuffisance des moyens antiphlogistiques et le développement presque toujours spontané de la maladie, on sera autorisé à penser que les phénomènes inflammatoires dont les téguments sont le siége ne constituent pas toute la maladie. Cependant nous ne croyons pas, avec Rust, qu'on puisse considérer l'érysipèle comme une véritable fièvre exanthématique.

INFLAMMATIONS VÉSICULEUSES.

Les maladies de ce groupe sont caractérisées par la formation de *vésicules*. On donne ce nom à de petites tumeurs formées par le soulèvement de l'épiderme et remplies par un liquide séreux et transparent. La sérosité peut être résorbée ; d'autres fois elle s'épanche à la surface de la peau par suite de la rupture de la tumeur, et elle forme en se desséchant des lamelles ou des croûtes minces et jaunâtres ; ailleurs la peau est excoriée ou ulcérée. On doit distinguer deux espèces de vésicules : les unes sont précédées de rougeur plus ou moins vive, et leur base est plus ou moins enflammée ; les autres, au contraire, se développent primitivement sans lésion antécédente de la peau. Dans le premier groupe on trouve la varicelle, quelques espèces d'herpès, l'hydrargyrie, la suette et la gale ; dans le second. sont les sudamina et l'eczéma. Nous avons déjà parlé de la varicelle, de la suette et de la miliaire. Nous renvoyons l'histoire de la gale aux maladies produites par les animaux parasites, celle de l'hydrargyrie aux maladies mercurielles ; nous ne devons nous occuper ici que de l'herpès et de l'eczéma.

DE L'HERPÈS.

Le mot *herpès*, employé pendant longtemps comme synonyme de *dartre*, a été consacré, depuis Willan et Batman, pour désigner un groupe de maladies cutanées, caractérisées par le développement d'un nombre plus ou moins considérable de vésicules rassemblées en *groupes*

sur une base enflammée, et séparées par des portions de peau tout à fait intactes. Cette maladie, dont la marche est aiguë et la durée assez courte, n'a jamais ou presque jamais de gravité. On en distingue plusieurs espèces ; leurs différences tiennent : 1° au siége (*herpes labialis* et *præputialis*) ; 2° à l'arrangement des groupes vésiculeux (*herpes phlycténoïde*, *zoster*, *circinnatus*) ; 3° à la coloration du limbe qui les entoure (*herpes iris*) ; 4° à l'altération des cheveux (*herpès tonsurant*). Cette dernière variété ne doit être admise que sous réserve.

A. *Variétés de siége.*

1° *Herpes labialis.* — On sait qu'à la suite des fièvres éphémères, catarrhales et de quelques maladies aiguës, comme la pneumonie, ou bien encore à la suite de l'impression du froid et du contact de certaines substances irritantes, il se développe sur les lèvres et autour de la bouche des groupes plus ou moins nombreux de vésicules. Cette éruption n'occupe ordinairement qu'une des lèvres, et même qu'une partie de l'une d'elles ; rarement elle gagne les joues, le nez et le menton. Les vésicules peuvent se développer exclusivement sur la peau des lèvres ou sur leur bord libre ; mais le plus souvent elles existent au point de jonction de la muqueuse labiale et de la peau.

L'*herpes labialis* apparaît tantôt d'emblée ; d'autres fois il est précédé pendant quelques heures de rougeur, de tuméfaction et de chaleur brûlante. Bientôt on voit poindre des vésicules ; le liquide, d'abord transparent, devient trouble au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, et dès le quatrième ou cinquième jour, les vésicules, dont les plus grosses ont à peine le volume d'un pois, se rompent, et il se forme quelques croûtes jaunâtres. Cette éruption est souvent critique. Elle n'exige presque jamais de traitement. Cependant si elle s'accompagnait de chaleur et de douleurs trop vives, on ferait quelques lotions avec de l'eau fraîche, à laquelle on ajoutera quelques gouttes de sous-acétate de plomb liquide.

2° *Herpes præputialis.* — Des vésicules d'herpès se développent fréquemment sur la peau et sur la muqueuse du prépuce ; elles sont tantôt spontanées, d'autres fois elles sont précédées par des taches rouges de la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc. La marche de l'affection varie suivant le siége qu'elle occupe : si les vésicules se développent sur la surface cutanée, le liquide se trouble rapidement ; les vésicules se flétrissent au bout de trois, quatre ou cinq jours ; il se forme enfin de petites squames ou une exsudation, et tout est terminé après un septénaire. Les vésicules qui siègent sur la muqueuse excitent des cuissons plus fortes ; leur développement s'accompagne de chaleur et d'un prurit très incommode ; elles sont extrêmement ténues ; vers le quatrième jour le liquide se trouble ; l'épithélium se rompt, et laisse à nu une petite excoriation rosée et superficielle, ayant parfois un fond blanchâtre, des bords un peu saillants, et dont la cicatrisation peut se faire attendre pendant sept ou huit jours. Biett a quelquefois observé l'*herpes præputialis* à l'état chronique :

il y a alors des éruptions successives qui finissent par rendre la peau du prépuce rude, ratatinée, indurée; celle-ci enfin se gerce, se fendille par les moindres tractions qu'on opère sur elle.

Herpes pudendi. — La vulve, les petites lèvres, la face interne des grandes, le vestibule et l'entrée du vagin sont quelquefois le siége d'un herpès semblable à celui que nous avons décrit sur le prépuce; quelquefois il y a une vaste exulcération occupant une grande partie de la vulve qui est le siége d'un sentiment de cuisson et de brûlure augmentant pendant la marche et pendant l'émission de l'urine lorsque ce liquide vient à baigner les surfaces malades.

Diagnostic. — Au début, lorsqu'il existe deux ou trois vésicules développées sur une base enflammée, et qui sont le siége de cuisson et de prurit, il est impossible de dire si c'est un herpès ou un chancre syphilitique qui commence; mais le doute disparaît bientôt. En effet, l'ulcération syphilitique est remarquable par sa profondeur, par la couenne épaisse et blanche qui recouvre sa surface et par ses bords indurés et relevés, tandis que l'ulcération herpétique offre des conditions tout opposées. Elle est superficielle, plus ou moins irrégulière, sans induration ni au pourtour ni à sa surface; celle-ci est rouge ou grisâtre. Cette ulcération n'est jamais insensible et ne produit pas d'engorgements dans l'aine ainsi que cela a si souvent lieu pour le chancre. S'il n'existait plus que des squames, on ne croirait pas à une syphilide, attendu que celle-ci produit des croûtes épaisses, dures et noirâtres.

Étiologie. — L'herpès du prépuce n'affecte guère que les adultes et les jeunes gens; le défaut de propreté, le coït avec des femmes sales, des frottements contre des vêtements grossiers, sont les causes principales de la maladie. Chez la femme l'herpès vulvaire atteint spécialement celles qui n'emploient aucun soin de propreté, il est surtout fréquent dans les derniers mois de la grossesse.

Traitement. — On lavera le prépuce avec une décoction de guimauve additionnée de quelques gouttes d'extrait de saturne; lorsqu'il existe une ulcération, on la recouvrira de charpie râpée. L'herpès chronique exige des lotions alcalines, des bains de vapeur alcalins, sulfureux et quelques laxatifs; on s'opposera au resserrement du prépuce. L'opération du phimosis ou la circoncision pourront devenir quelquefois nécessaires. MM. Ricord et Diday ont préconisé contre l'*herpes præputialis* la médication substitutive avec le nitrate d'argent; ainsi, ils appliquent sur le mal quelques bourdonnets de charpie imbibée deux fois par jour d'une solution de nitrate d'argent (1 gramme de sel pour 30 d'eau).

B. *Variétés de forme.*

1° *Zona* ou *zoster.* — L'herpès zoster ou zona est caractérisé par des groupes plus ou moins nombreux de vésicules, siégeant sur une base enflammée et occupant seulement une des moitiés du corps.

Symptômes. — Le zona a souvent des prodromes, tels que malaise,

accablement, troubles divers des organes digestifs. Bientôt toute la peau où l'éruption va se faire devient, dans les douze ou vingt-quatre heures qui précèdent celle-ci, le siége de cuissons, de picotements et de brûlure. L'éruption commençant par des taches rouges irrégulières, offre les caractères de l'herpès : ce sont, en effet, des groupes en général discrets, et parfois confluents de vésicules aplaties et violacées, siégeant sur un point enflammé et séparées par des portions de peau saine. Cette éruption est toujours bornée à une moitié du corps : on l'observe, en général, sur le ventre, ou bien sur la poitrine, où elle forme une demi-ceinture de 3 à 5 centimètres de large; beaucoup moins souvent elle siège sur les membres; plus rarement encore elle se développe sur le cou ou sur une moitié de la face et du cuir chevelu. La maladie occupe plus souvent le côté droit que le côté gauche, et cela dans le rapport de 19 à 1, d'après MM. Cazenave et Schedel, et dans celui de 37 à 16, suivant M. Rayer. Les vésicules, dont quelques unes acquièrent le volume d'une lentille ou d'un gros pois, deviennent opalines au bout de cinq à six jours; la rougeur diminue en même temps. Parmi les vésicules, les unes se flétrissent par l'absorption du liquide, d'autres se déchirent, et laissent à nu le corps muqueux excorié; enfin, dans la plupart des cas, des croûtes jaunâtres et minces se forment. Lorsque celles-ci tombent, on trouve que la peau qu'elles recouvraient est brunâtre et violacée; quelquefois elles laissent à nu des excoriations, ou plutôt des ulcérations qui se cicatrisent assez lentement, en laissant des marques indélébiles; enfin, chez des vieillards débilités, on a quelquefois vu la peau, siége de l'éruption, être frappée de gangrène. L'éruption des groupes de vésicules s'étant faite successivement, souvent à plusieurs jours de distance, il s'ensuit qu'on peut voir sur le même sujet la maladie parvenue à ses différentes phases. La durée du zona varie entre un et trois septénaires; il ne passe jamais à l'état chronique.

Cette maladie ne s'accompagne jamais d'accidents graves. Dans la période la plus aiguë, les malades ont des élancements, de la cuisson, de la chaleur, et un sentiment de brûlure dans les parties affectées; les souffrances sont quelquefois assez aguës pour empêcher complétement le sommeil. Souvent il y a un appareil fébrile médiocre, de l'inappétence, de la soif, de la constipation, ou un peu de dévoiement; enfin, pendant la convalescence, quelques malades se plaignent d'éprouver des élancements douloureux dans les points que l'éruption a occupés : ces douleurs, qui quelquefois persistent indéfiniment, semblent dépendre d'une névralgie des nerfs intercostaux.

Diagnostic. — Le caractère vésiculeux de la maladie, les vésicules disposées par groupes, siégeant exclusivement sur une moitié du corps, forment une réunion de caractères qui n'appartiennent qu'au zona.

Pronostic. — Le zona n'est preque jamais grave, excepté pourtant dans les cas très rares où la maladie est suivie de gangrène.

Étiologie. — Le zona affecte plus souvent les hommes, les sujets jeunes, ceux dont la peau est blanche; il est plus fréquent dans les saisons chaudes et humides; on l'a vu quelquefois régner épidémiquement.

Traitement. — Le repos, les bains tièdes, les boissons acidules, les préparations d'opium si la cuisson empêche le sommeil, sont les seuls moyens qu'il convient généralement d'employer. On s'abstiendra d'appliquer aucun topique et surtout des cataplasmes, car ils favorisent les ulcérations, On a conseillé la cautérisation des vésicules avec le nitrate d'argent; mais cette méthode n'a aucun avantage, et surtout elle n'abrége pas la durée de la maladie. Si des ulcérations succèdent à la chute des croûtes, on les panse avec du cérat opiacé ou de saturne; enfin les douleurs névralgiques qui persistent pendant la convalescence cèdent presque toujours à l'emploi d'un vésicatoire.

2° *Herpes circinnatus.*—L'herpès circinnatus est caractérisé par des vésicules très petites, siégeant sur un fond rouge et formant des anneaux ou des cercles complets dont le centre est intact.

Symptômes. — Une rougeur, pouvant n'avoir que l'étendue d'une pièce de 1 franc, ayant d'autres fois 5 ou 6 centimètres de diamètre, de forme ronde ou ovale, moins foncée au centre qu'à la périphérie, constitue le premier degré de la maladie. Bientôt la circonférence se garnit de vésicules très petites et globuleuses; le liquide que celles-ci contiennent, d'abord transparent, se trouble ensuite ; la dessiccation s'opère plus tard ; enfin les croûtes tombent. La maladie est alors terminée, et il ne reste plus qu'une rougeur vive, qui disparaît lentement. Le centre de l'anneau, où pourtant on ne voit jamais de vésicules, mais qui a été le siége d'une rougeur plus ou moins vive, s'exfolie quelquefois.

L'*herpes circinnatus* est une affection très bénigne, ne produisant qu'un peu de cuisson et de prurit; sa durée moyenne est de huit à dix jours : cependant, s'il existe un grand nombre d'anneaux, et s'ils se sont développés successivement, la maladie peut se prolonger pendant deux ou trois septénaires.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut présenter, en général, aucune difficulté sérieuse. Nous verrons plus tard que si l'aspect de l'éruption herpétique, à certaines périodes, lui donne un peu de ressemblance avec la lèpre, le *lichen circonscriptus* et le *porrigo scutulata*, cependant il y a dans les caractères extérieurs de ces affections assez de dissemblance pour qu'un œil attentif les distingue aisément.

Étiologie.—L'*herpes circinnatus* affecte surtout les enfants et les jeunes personnes; les filles blondes dont la peau est fine et blanche y sont très sujettes. Les anneaux herpétiques peuvent se développer sur toutes les parties du corps; mais on les voit surtout sur les joues et le menton.

Traitement. — Des lotions alcalines ou légèrement astringentes avec l'alun, le sulfate de zinc et le sous-acétate de plomb sont le seul traitement qu'il convient d'opposer à cette affection légère.

3° *Herpès phlycténode.* — On donne le nom d'*herpes phlycténoïde*, *phlycténode* ou *miliaire* à une éruption de vésicules agglomérées en plus ou moins grand nombre sur une surface enflammée, disposée en plaques plus ou moins irrégulières.

Symptômes. — Dans les points où l'éruption doit se développer, on

voit d'abord se former un certain nombre de petits points rouges presque imperceptibles, groupés et très rapprochés entre eux. Le lendemain, cette surface plus ou moins irrégulière, et variant pour l'étendue depuis celle d'une pièce de 2 francs jusqu'à celle de la paume de la main, est recouverte de vésicules dures, très petites pour la plupart; quelques unes cependant acquièrent le volume d'un pois. Parfaitement transparentes à leur début, elles se troublent rapidement; et souvent douze ou vingt-quatre heures après leur formation, le liquide qu'elles contiennent est déjà lactescent. Vers le troisième jour, l'éruption se flétrit ; au huitième, elle est tout à fait affaissée; on trouve, en outre, des croûtes, et çà et là quelques ulcérations superficielles. Enfin, du douxième au quinzième jour, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, la guérison est complète, et il ne reste plus de l'éruption qu'une coloration rougeâtre de la peau qui disparaît lentement. L'herpès phlycténode ne produit en général que la douleur prurigineuse ou la cuisson qui accompagne presque toutes les éruptions herpétiques. Cependant, s'il existe un grand nombre de plaques, et si celles-ci sont très étendues, on peut observer de la fièvre ou un état de malaise, et divers dérangements des organes digestifs, accidents qu'on remarque quelquefois pendant un ou deux jours comme prodromes.

Diagnostic. — La réunion de vésicules nombreuses sur une surface enflammée, disposée par plaques, caractérise assez la maladie pour qu'on ne puisse jamais la confondre avec aucune autre affection vésiculeuse ou bulleuse.

Étiologie. — Les causes de la maladie sont très obscures : cependant l'herpès phlycténode, plus fréquent dans les climats chauds, affecte surtout les jeunes gens. On a dit qu'il se développait souvent à la suite d'une insolation prolongée, à la suite de veilles ou d'excès dans le régime.

Traitement. — Il est rare que la fièvre soit assez intense pour exiger l'emploi de la saignée : en général, des boissons délayantes et acidules, quelques bains, des lotions narcotiques et émollientes, et plus tard alcalines et résolutives, sont les seuls remèdes à opposer à une maladie qui est toujours bénigne.

4° *Herpes iris.* — C'est une forme très rare de la maladie : Batman l'a indiquée le premier. Elle consiste dans de petits groupes de vésicules entourées de quatre anneaux concentriques, érythémateux, de nuances différentes, ce qui fait que les malades comparent quelquefois leur éruption à de petites cocardes.

L'herpès iris occupe de préférence les parties saillantes, comme les malléoles, ou bien la face, les mains, le coude, les pieds, les doigts, le cou. La maladie débute par de petites taches circulaires formées par des zones de couleurs différentes; dès le deuxième jour, il se forme, indépendamment de ces taches, une vésicule bientôt entourée d'autres vésicules plus petites qu'elle. Après deux ou trois jours, la vésicule centrale est aplatie, son liquide est trouble ; on distingue alors quatre anneaux érythémateux, le plus interne est d'un rouge brun, le second d'un blanc jaunâtre, le troisième d'un rouge foncé ; enfin, le dernier a une

teinte rosée qui se confond peu à peu avec la couleur de la peau : cependant ces nuances ne sont pas toujours aussi distinctes. Chacun de ces anneaux peut se couvrir de vésicules ; mais celles-ci se développent surtout sur le premier. L'herpès iris se termine par desquamation vers le dixième ou douzième jour.

Les causes de l'herpès iris sont inconnues ; on paraît l'avoir surtout observé sur les sujets jeunes et blonds. Le traitement de l'*herpes circinnatus* lui est applicable.

5° *Herpès tonsurant*.— M. Cazenave a signalé, en 1843, dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, sous le nom d'*herpès tonsurant*, une affection très curieuse entrevue déjà par Alibert, parfaitement décrite par Mahon jeune sous la dénomination de *teigne tondante*, et qui est caractérisée par des plaques arrondies siégeant sur le cuir chevelu, et dans lesquelles la peau, inégale, parsemée d'aspérités, est recouverte de cheveux rompus très également à 2 ou 3 millimètres au-dessus du niveau de l'épiderme, de manière à former une véritable tonsure. D'après les observations de M. Cazenave, cette maladie débuterait par une éruption de vésicules ; mais ce caractère serait éphémère : c'est ce qui explique pourquoi je n'ai jamais pu le constater dans les cas nombreux que j'ai eu occasion de voir au Bureau central. En effet, lorsque la maladie remonte à une époque un peu éloignée, on trouve des plaques tondues plus ou moins larges, recouvertes de débris grisâtres, pulvérulents, semblables souvent à du mortier ou à de la farine très ténue et d'une teinte un peu bleuâtre. Lorsqu'on les a détachés du cuir chevelu, celui-ci paraît être à ce niveau plus épais, plus dense ; il est roide, dur, d'une couleur bleuâtre, et sa surface est hérissée de petites inégalités, de petites aspérités, que Mahon a comparées avec bonheur à la chair de poule ou à la peau du chien de mer. Il regardait ces aspérités comme formées par la saillie des follicules, qui, altérés dans leur structure, ne sécrétaient plus de matière onctueuse : aussi les cheveux, secs et sans éclat, se brisent-ils à quelques millimètres de leur origine. Quoi qu'il en soit, on a reconnu que cette maladie était contagieuse ; elle règne quelquefois dans les pensionnats. Commençant par un point circonscrit, elle envahit quelquefois une assez grande étendue du crâne ; elle est très opiniâtre. Mahon l'a vue durer quinze ans et plus. Elle est peu susceptible d'une terminaison spontanée. Elle ne produit jamais l'alopécie. Nous verrons qu'il est très facile de la distinguer du porrigo. On en triomphe ordinairement en lui appliquant la méthode que nous conseillerons pour celui-ci.

En résumé, l'altération si remarquable des cheveux, la formation de petites tumeurs solides, à la surface du derme, la forme extérieure de la maladie, sa marche, sa durée, son incurabilité presque absolue lorsqu'on l'abandonne à elle-même, son caractère contagieux, établissent des différences très grandes entre les affections herpétiques et la teigne tondante. Si je n'avais eu égard qu'à ce que j'ai vu moi-même, je n'aurais pas fait de cette dernière une variété de l'herpès ; mais comme les observations de M. Cazenave, juge si compétent en cette matière, ne sont pas conformes

aux miennes, j'ai dû plutôt me fier à lui qu'à moi. Voilà pourquoi j'ai, provisoirement du moins, classé la maladie parmi les affections vésiculeuses.

DE L'ECZÉMA.

SYNONYMIE. — Dartre squameuse humide, dartre vive, gale épidémique, etc., vient de ἐκζέω, *effervesco.*

Le mot *eczéma*, employé par quelques auteurs anciens pour désigner des inflammations phlycténoïdes légères, a été consacré par Willan à dénommer un des genres des affections vésiculeuses, caractérisé par l'éruption de vésicules très petites, agglomérées en grand nombre sur des surfaces généralement larges et irrégulières, vésicules dont les unes disparaissent par la résorption du liquide, dont le plus grand nombre se déchirent et sont suivies d'excoriations superficielles, d'une exhalation séro-purulente, et de la formation de squames ou de furfure.

Depuis Biett, l'eczéma a été divisé en *aigu* et en *chronique*. L'eczéma aigu présente lui-même trois variétés principales, qui sont : l'eczema *simplex*, l'eczema *rubrum*, l'eczema *impetiginodes.*

1° *Eczema simplex.* — Cette forme apparaît ordinairement sans prodromes. Les malades éprouvent seulement un prurit plus ou moins incommode sur un point où la peau conserve sa couleur ordinaire, mais où l'on ne tarde pas à distinguer un grand nombre de vésicules très petites, très rapprochées entre elles, offrant un aspect brillant à cause de la sérosité transparente qu'elles contiennent. Il faut parfois s'armer d'une loupe pour pouvoir les distinguer. Bientôt le liquide se trouble et prend une teinte laiteuse; tantôt il est résorbé, d'autres fois il s'échappe après la rupture de la vésicule. Dans le premier cas, il en résulte une desquamation insensible de l'épiderme; dans le second, on voit se former de petites squames qui se détachent et ne laissent aucune trace sur la peau. Le prurit est le seul symptôme incommode qu'on observe. On ne remarque le plus souvent aucun trouble dans la santé générale, excepté pourtant dans les cas où l'eczéma est très étendu, lorsqu'il occupe d'emblée ou successivement presque toute la surface du corps, ainsi que Biett l'a vu plusieurs fois chez de jeunes enfants. Il existe alors de la fièvre, de la soif, de l'agitation, de l'insomnie et des troubles divers du côté des organes digestifs. L'eczema simplex parcourt ses différentes phases en six ou sept jours; mais comme il se forme généralement plusieurs éruptions successives, il s'ensuit que la maladie se prolonge pendant deux ou trois septénaires, et même davantage.

2° *Eczema rubrum.* — Cette forme, plus intense que la précédente, a souvent des prodromes. La peau sur laquelle l'éruption se fait est le siége de chaleur, d'un prurit intense et d'une rougeur plus ou moins vive; les vésicules qui hérissent sa surface sont excessivement petites; les plus grosses n'ont que le volume d'une petite tête d'épingle; elles perdent leur transparence au bout de deux ou trois jours. Dans les cas les plus simples, le fluide, devenu lactescent, se résorbe, l'épiderme s'exfolie, et la surface

de la peau conserve pendant quelques jours une teinte rougeâtre qui s'éteint peu à peu. Cependant le plus souvent les vésicules se déchirent ; des excoriations ont lieu sur la surface enflammée; celle-ci exhale un fluide séro-purulent, lequel se concrète et forme des lamelles minces et molles, qui tombent et se reproduisent tout aussitôt. En général aussi, de nouvelles éruptions vésiculeuses se font tantôt sur les points primitivement affectés, tantôt sur des points voisins : la maladie se termine alors après deux ou trois septénaires, ou bien elle passe à l'état chronique.

3° *Eczema impetiginodes.* — Dans cette variété, l'inflammation est plus vive ; la peau, très rouge, est tuméfiée ; les vésicules, confluentes, contiennent un liquide séro-purulent qui se concrète promptement et forme, non des lamelles, comme dans l'eczema rubrum, mais des squames ou des croûtes jaunes, humides, molles, qui s'imbriquent, et qui en tombant laissent à nu une surface excoriée qui sécrète une sérosité roussâtre. Les squames se renouvellent facilement ; en général, il y a plusieurs éruptions successives. A mesure que la maladie s'améliore on voit les squames diminuer d'épaisseur et devenir plus minces. L'eczema impetiginodes cesse après vingt-cinq ou trente jours, ou bien il passe à l'état chronique. En somme, on voit que l'eczema impetiginodes est un degré plus avancé de l'eczema rubrum. Dans celui-ci les vésicules sont transparentes, et l'inflammation de la peau est médiocre ; dans l'autre, cette inflammation est plus vive, et les vésicules, plus grosses, contiennent du pus. Ces deux formes de la maladie coexistent souvent chez le même individu : d'accord avec MM. Biett, Cazenave et Schedel, nous ne croyons pas qu'à l'exemple de MM. Rayer et Copland, on doive considérer l'eczema impetiginodes comme un eczema rubrum compliqué de pustules d'impétigo.

L'eczema rubrum, et surtout l'eczema impetiginodes, lorsqu'ils sont étendus, s'accompagnent de malaise, de fièvre modérée, de perte d'appétit, de soif et de dévoiement. La peau qui a été le siége de la maladie conserve en général, pendant un temps plus ou moins long, une couleur brunâtre qui persiste même toute la vie chez les vieillards et les sujets dont la peau est naturellement brune et sèche.

Eczéma chronique. — Il peut succéder aux trois formes que nous venons d'étudier, mais surtout aux deux dernières. La peau est alors tendue, luisante, d'un rouge vif ; elle ressemble parfois à la surface d'un vésicatoire. Il y a aussi des points plus rouges, où elle est excoriée, fendillée, gercée, comme égratignée ; une humeur séro-purulente ou séro-sanguinolente la baigne sans cesse, et imprègne les linges, qu'elle durcit souvent, comme le ferait de l'empois. Cette sécrétion serait, d'après les uns, exclusivement fournie par le derme altéré ; d'après Biett, au contraire, elle proviendrait de la rupture des vésicules qui continueraient à se former sur la surface malade. Toutefois Biett convient lui-même que ces vésicules sont souvent difficiles à reconnaître, car l'épiderme qui en forme l'enveloppe est excessivement mince : c'est ce qui explique leur marche rapide, leur rupture prématurée et la difficulté qu'il y a à les distinguer. Quoi qu'il en soit, le liquide, en se concrétant, forme des squames humides,

jaunâtres, épaisses, qui tombent et se reproduisent. Tous les malades accusent, dans la partie où siège l'eczéma, une chaleur vive, un prurit qui augmente généralement par la chaleur artificielle, par le séjour au lit, après les repas, et surtout par l'ingestion des liqueurs alcooliques et des autres excitants diffusibles. Le prurit peut devenir tellement intolérable que la volonté la plus énergique cède à l'impérieux besoin de se gratter. Les individus s'écorchent alors avec leurs ongles; les surfaces malades saignent abondamment : il en résulte souvent un soulagement passager. Le prurit est un symptôme qui manque rarement dans l'eczéma, surtout dans sa forme chronique.

Cependant, lorsque la maladie persiste pendant longtemps, le derme s'épaissit, et les ganglions lymphatiques du voisinage s'engorgent. Il est rare que, même dans les cas où l'eczéma est étendu, on observe des symptômes généraux graves. Les principaux troubles qu'on remarque sont : un peu d'amaigrissement, rarement de la fièvre, de l'insomnie, du dévoiement et quelquefois une inflammation aphtheuse de la bouche.

Il est excessivement rare que l'eczéma ait une terminaison funeste : celle-ci n'a guère lieu que chez les vieillards affaiblis, et par suite de quelque complication. Dans d'autres cas également rares, l'éruption eczémateuse a jugé favorablement des maladies anciennes et plus ou moins graves. Biett paraît avoir observé plusieurs faits de ce genre.

La durée de la maladie est indéterminée; elle peut persister plusieurs mois ou des années entières. Lorsque la guérison a lieu, on voit la surface malade se rétrécir peu à peu de la circonférence au centre ; les squames deviennent petites, minces et moins humides ; l'exhalation séreuse tarit. Enfin la peau, après être restée plus ou moins longtemps encore lisse et rougeâtre, finit par reprendre toutes ses propriétés, excepté pourtant qu'elle conserve pour la vie une coloration anormale. L'eczéma est une des maladies qui récidivent le plus souvent, soit dans le point primitivement affecté, soit dans toute autre partie des téguments.

Pour compléter le tableau que nous venons de tracer de l'eczéma, il nous reste à indiquer les modifications particulières que la maladie présente, suivant les points du corps qu'elle envahit.

1° *Eczéma du cuir chevelu.* — Lorsque l'eczéma occupe le cuir chevelu, il l'envahit généralement dans sa totalité, et se propage souvent à la face. La démangeaison est vive, la sécrétion séro-purulente abondante. Celle-ci exhale une odeur nauséabonde; en se concrétant, elle forme des squames qui adhèrent aux cheveux, et qui, humides d'abord, se dessèchent ensuite et tombent en lames furfuracées; d'autres ont une blancheur éclatante et semblable à celle de l'amiante : aussi l'eczéma du cuir chevelu est-il une des deux affections produisant la variété de teigne qu'on a nommée *amiantacée*, mot impropre et tout à fait inusité aujourd'hui. Lorsque l'eczéma du cuir chevelu est chronique, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires s'engorgent, les cheveux tombent; mais, les bulbes n'étant pas altérés, cette alopécie n'est ordinairement que momentanée. Comme Biett l'a observé, l'inflammation chronique du cuir chevelu finit

par produire une tension de la peau du visage, telle que les traits sont tirés en haut et en arrière.

2° *Eczéma de la face.* — Il n'est peut-être aucune partie du corps qui soit aussi souvent affectée d'eczéma que les oreilles ; c'est ce qu'on voit surtout chez la femme. La tuméfaction peut être assez considérable pour obstruer le conduit auditif et rendre l'audition difficile ou impossible. L'inflammation gagne parfois le conduit auditif interne, la trompe d'Eustache et le pharynx. L'eczéma peut encore se montrer partiellement sur les paupières, sur les lèvres et aux ailes du nez. Dans tous ces cas, l'éruption se reproduit souvent sur la membrane muqueuse voisine. L'eczéma des paupières a quelquefois produit un ectropion.

3° *Eczéma des organes génitaux.* — Chez l'homme, l'éruption eczémateuse occupe le pénis, le scrotum et la partie supérieure interne des cuisses ; elle peut être cause de priapisme. Chez la femme on l'observe sur le mont de Vénus, aux grandes et aux petites lèvres ; elle peut gagner l'entrée du vagin, le clitoris et le méat urinaire. La cuisson et la démangeaison sont souvent intolérables. L'excitation permanente des organes génitaux produit quelquefois la nymphomanie ; elle a inspiré à beaucoup de jeunes filles innocentes l'idée de la masturbation. Enfin, chez la femme, on voit encore l'eczéma se développer sur les mamelles, où il occupe de préférence le mamelon et son aréole. La maladie est généralement alors très rebelle. Enfin, dans les deux sexes, le pourtour de l'anus peut être le siége d'un eczéma très incommode.

L'eczéma des membres n'offre aucune particularité digne d'être mentionnée.

Diagnostic. — L'eczéma pourrait être confondu avec un grand nombre de maladies de la peau, spécialement avec la gale, avec l'impétigo, avec le pompholix diutinus, avec le lichen agrius et avec le psoriasis ; mais nous établirons leur diagnostic différentiel à l'article consacré à chacune de ces affections. L'eczéma pourrait encore être confondu avec l'herpès phlycténodes ; mais dans celui-ci les vésicules sont arrangées par groupes et disséminées. Cette disposition existe, il est vrai, quelquefois dans l'eczéma ; mais dans ce dernier cas les vésicules sont beaucoup plus petites ; elles font à peine saillie et sont suivies de desquamation, tandis que dans l'herpès elles sont plus grandes, elles sont globuleuses et perlées ; enfin la desquamation est peu marquée.

Pronostic. — L'eczéma, surtout à l'état aigu, est une maladie légère. S'il est chronique, il constitue une affection très incommode et d'une durée indéterminée. Les eczema rubrum et impetiginodes sont plus fâcheux que la forme simple ; le pronostic serait grave si l'eczéma envahissait presque toute la surface du corps, et s'il se compliquait de quelque lésion viscérale.

Étiologie. — L'eczéma est souvent produit par des causes directes, telles que des frictions sèches ou avec des substances plus ou moins irritantes, comme les pommades mercurielles. On l'observe fréquemment sur les mains et sur les avant-bras d'individus exerçant certaines professions qui

exposent ces parties à l'action de substances irritantes. La maladie peut encore être produite par la malpropreté, par l'irritation que produisent sur la peau certains écoulements. Enfin une exposition prolongée aux rayons solaires détermine souvent sur les parties habituellement découvertes une éruption eczémateuse qui participe à la fois des caractères de l'eczema simplex et de l'eczema rubrum, et à laquelle Willan a donné le nom d'*eczema solare*, en raison de la cause qui le produit. D'autres fois l'eczéma est spontané; on l'observe alors plus souvent chez la femme que chez l'homme, et pendant le printemps ou l'été que dans les autres saisons. Les vicissitudes atmosphériques provoquent souvent la première apparition de la maladie, ou l'aggravent lorsqu'elle existe déjà, ou tout au moins augmentent les démangeaisons. L'eczéma est quelquefois survenu subitement à la suite d'une impression morale vive. Cette maladie n'est jamais contagieuse : Biett et M. Baumès disent pourtant l'avoir vue plusieurs fois se transmettre par le coït d'un individu à un autre; mais ceci peut s'expliquer par la nature âcre de l'écoulement, sans qu'il soit besoin d'invoquer un principe contagieux.

Siége. — Nous avons vu précédemment que l'eczéma pouvait se montrer sur tous les points de la peau : cependant on l'observe plus communément sur les parties garnies de poils, là où les follicules sébacés sont plus abondants : tels sont le pubis, les aines, les aisselles, le scrotum, la vulve, le cuir chevelu, etc. On a beaucoup discuté sur le siége anatomique de la maladie, que quelques personnes ont localisée dans les follicules sébacés; mais c'est avec raison que Biett a considéré l'eczéma comme étant une inflammation de la couche superficielle du derme, appelée membrane vasculaire de Eichhorn, et qui semble destinée à sécréter l'épiderme.

Traitement. — Lorsque l'eczéma est simple, on se bornera à employer à l'intérieur des boissons rafraîchissantes acidules, à l'extérieur des lotions mucilagineuses et narcotiques, des cataplasmes de fécule (la graine de lin ne convient pas), des bains tièdes. Ceux-ci pourtant augmentent quelquefois le prurit, et on est obligé de les suspendre : on pourrait alors les rendre alcalins. Les eczema rubrum et impetiginodes exigent le même traitement : cependant, lorsque la maladie occupe une grande surface, lorsque, la peau étant très enflammée, il y a un appareil fébrile, une saignée générale peut être utile, et si la phlegmasie locale dépasse certaines limites, on pourra appliquer dans son voisinage des sangsues ou des ventouses scarifiées. Dans cette période aiguë, les bains tièdes, mucilagineux, les cataplasmes émollients, sont les seuls moyens qui puissent procurer du soulagement. Il faut éviter d'employer les préparations sulfureuses et les pommades mercurielles, dont on abuse trop souvent, et qui, en effet, ne conviennent pas à cette période.

Lorsque l'eczéma est chronique, on insistera, comme précédemment, sur les bains tièdes, alcalins et gélatineux; on donnera des limonades minérales, et des boissons rendues alcalines en y ajoutant 2 à 4 grammes de sous-carbonate de potasse par pinte; enfin on insistera sur les laxatifs, pourvu que le tube digestif soit intact. Cependant, lorsque ces moyens

échouent, il faut recourir à l'emploi des eaux sulfureuses naturelles d'Enghien, de Baréges, de Cauterets, de Bagnères de Luchon, etc., données à l'intérieur à la dose de un, deux ou trois verres par jour, et administrées simultanément en bain et en douche. Les bains sulfureux pourront aussi être préparés directement, en ajoutant à l'eau d'une baignoire de 64 à 96 grammes de sulfure de potasse. Ces bains produisent quelquefois une excitation vive : aussi convient-il, surtout dans les commencements, de les faire alterner avec des bains simples, gélatineux ou amidonnés. D'autres fois on remplace les bains sulfureux par des douches de vapeur aqueuse ou sulfureuse. On a encore conseillé l'emploi d'un grand nombre de topiques : les principaux sont les pommades avec l'alun, avec l'acétate de plomb, avec le camphre, la belladone, l'opium, le goudron (16 à 96 grammes par 32 grammes d'axonge, avec ou sans camphre 1 décigramme à 1 gramme), avec la suie, et les proto et deuto-iodure de mercure (50 à 60 centigr. par 32 grammes d'axonge), enfin avec le calomel (4 grammes pour 32 d'axonge) : cette dernière nous a paru très utile dans un grand nombre de cas ; on peut y ajouter un peu de camphre pour calmer le prurit. On a encore essayé de changer la vitalité de la surface en la recouvrant d'un vésicatoire ou en la cautérisant avec le nitrate d'argent, et avec l'acide chlorhydrique ; mais ces moyens ont été plus souvent nuisibles qu'utiles. Enfin, il est des eczéma qui résistent à toutes ces médications. C'est dans les cas qui se sont montrés si rebelles à la thérapeutique qu'on a prescrit à l'intérieur des moyens empiriques, tels que la teinture de cantharides et les préparations arsenicales. Ainsi Biett a administré la solution de Fowler, qu'on peut donner à la dose de 2 ou 3 gouttes par jour, et qu'on augmente ensuite progressivement, mais sans dépasser 15 gouttes ; la solution de Pearson et celle d'arséniate d'ammoniaque, qui convient mieux aux sujets délicats, et qu'on prescrira à la dose de 1 à 4 grammes. Cependant l'efficacité de ces moyens n'est pas encore suffisamment constatée. Lorsqu'on se décide à recourir à l'emploi des préparations arsenicales, il faut surveiller avec soin les malades. Dans quelques cas, un changement de régime, d'habitude, de climat, a suffi pour guérir des eczéma qui avaient résisté à tous les moyens thérapeutiques. Enfin il est des précautions spéciales à prendre suivant la région occupée par la maladie : ainsi, lorsque celle-ci occupe l'oreille, et s'accompagne de gonflement de la conque et du conduit auditif, on devra prévenir l'occlusion de cette ouverture par l'introduction des mèches de linge ou de morceaux d'éponge préparée.

Lorsque l'eczéma est ancien, il y aurait peut-être danger à le supprimer trop brusquement. On devra donc établir un exutoire, sinon permanent, du moins temporaire. Enfin, si c'est un vieillard, si la maladie remonte à plusieurs années, et si d'ailleurs elle est peu incommode, il ne faudra prescrire que des moyens palliatifs.

INFLAMMATIONS BULLEUSES.

Les inflammations bulleuses de la peau sont caractérisées par des tumeurs ordinairement transparentes, remplies par un liquide séreux ou séro-purulent épanché sous l'épiderme, et dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf d'oie. Ces tumeurs, auxquelles on donne le nom de *bulles*, d'*ampoules*, de *phlyctènes*, sont constituées comme les vésicules, dont elles ne diffèrent que par un volume plus considérable. Nous avons déjà vu des bulles se former à la surface de quelques érysipèles ou dans certains cas d'herpès (le zona) et d'eczéma. La brûlure au deuxième degré et l'application des vésicatoires produisent le même effet. Mais nous n'avons à nous occuper ici que des inflammations bulleuses proprement dites ; elles sont au nombre de deux seulement, le *pemphygus* et le *rupia*.

DU PEMPHYGUS OU POMPHOLIX.

Le pemphygus (πεμφῖξ, *bulle*) est une maladie de la peau caractérisée par la formation d'une ou de plusieurs bulles qui se déchirent facilement, se terminent par l'effusion du liquide qu'elles renferment et par la formation d'excorations superficielles ou de croûtes minces laissant après elles des taches qui persistent pendant un temps plus ou moins long.

Divisions. — C'est à tort que Willan et Batman ont considéré le pemphygus comme une affection toujours chronique. Les recherches complètes de Gilibert, auteur d'une excellente monographie, et celles plus récentes qu'ont insérées dans leurs traités des maladies cutanées MM. Rayer, Cazenave, Schedel et Baumès doivent faire admettre deux espèces principales de pemphygus, l'une *aiguë*, l'autre *chronique*.

1° *Pemphygus aigu.* — Le pemphygus peut être précédé pendant un, deux ou trois jours, de malaise, d'inappétence, de fièvre et de prurit. Bientôt on voit apparaître à la surface du corps un nombre plus ou moins considérable de taches ayant l'étendue de nos diverses pièces de monnaie, érythémateuses, arrondies, et au centre desquelles on ne tarde pas à voir l'épiderme se soulever et former une bulle qui peut occuper toute la tache. Le plus souvent pourtant le limbe de celle-ci est respecté, et forme autour de la tumeur une aréole rouge qui est le siége d'une chaleur et d'une cuisson prurigineuses. Ces taches existent constamment ; c'est à tort qu'on a prétendu le contraire ; cette dissidence s'explique par la marche de la maladie qui, en effet, n'est pas toujours la même. Ainsi quelquefois, les rougeurs et les bulles sont presque simultanées, elles sont du moins à peine séparées par un intervalle d'une ou de deux heures : aussi il n'y a rien d'étonnant que, dans ces cas, la rougeur puisse passer inaperçue. Toutes les taches ne se recouvrent pas de bulles : cependant il n'arrive peut-être jamais que l'épiderme ne soit pas plus ou moins soulevé ; c'est ce dont on peut se convaincre en passant le doigt sur ces pla-

ques, car on sent alors une saillie; puis si on frotte légèrement on entraîne l'épiderme, et la pulpe du doigt est plus ou moins humide. La bulle qui caractérise le pemphygus a le volume d'un pois ou d'une grosse aveline. Si plusieurs bulles se réunissent, elles forment alors une vaste ampoule qui a le volume et la forme d'un œuf d'oie; souvent une bulle simple acquiert le même volume. La bulle du pemphygus est arrondie, globuleuse, transparente, et ressemble au soulèvement de l'épiderme occasionné par le deuxième degré de la brûlure ou par les vésicants. Le liquide qu'elle renferme est alcalin, de couleur citrine, puis rougeâtre, albumineux, inodore, fétide dans quelques cas. Au bout de deux ou trois jours, plus ou moins, les bulles se rident, se flétrissent, se déchirent; le liquide combiné à l'épiderme forme bientôt des croûtes minces et noirâtres; d'autres fois l'épiderme seul se détache par lamelles minces. En ce moment la chaleur et le prurit diminuent et cessent même; la rougeur s'éteint; enfin, un nouvel épiderme se reproduit; mais à la place occupée par la bulle il reste une tache lie de vin ou d'un rouge sombre, irrégulière, s'exfoliant de temps en temps, et qui peut persister longtemps. Le nombre des bulles varie beaucoup; il en existe en général sur une grande surface; presque tout le corps peut même être envahi par elles, mais ce fait est excessivement rare; il est même des cas où on ne trouve qu'une seule bulle (*pompholix solitarius* de Willan). Souvent alors on voit, deux ou trois jours après, une nouvelle bulle naître près de la première et suivre la même marche qu'elle; des éruptions successives peuvent ainsi avoir lieu pendant huit ou dix jours. Aucune partie du corps n'est à l'abri de l'éruption; rare à la face, aux pieds, aux mains et aux parties génitales, on observe surtout celle-ci au tronc ainsi que sur les membres supérieurs et inférieurs.

En général, le pemphygus aigu ne s'accompagne d'aucuns symptômes généraux, ceux-ci du moins sont très bénins. La durée totale varie entre un et trois septénaires à cause des éruptions successives qui ont lieu; mais la durée moyenne de chaque phlyctène en particulier ne dépasse guère sept jours.

Pemphygus chronique (*pompholix diutinus* de Willan). — Le pemphygus chronique est beaucoup plus fréquent que la forme précédente. Après quelques jours de malaise, d'inappétence, de fièvre et de prurit, quelquefois sans aucun prodrome, on voit se développer comme précédemment de petites taches rouges sur lesquelles une bulle s'élève. Celle-ci, grosse d'abord comme un pois, acquiert bientôt le volume d'une aveline, d'une noix ou d'un œuf; le liquide qu'elle contient, d'abord transparent, devient bientôt rougeâtre. Vers les deuxième, troisième ou quatrième jours, les bulles se déchirent; l'épiderme se roule autour, et on aperçoit une surface rouge et douloureuse. Les bulles, qui sont encore intactes à cette époque, s'affaissent et se rident; l'épiderme est opaque, macéré, ramolli. Dans l'un et l'autre cas, il se forme des croûtes brunes, jaunes ou grisâtres, aplaties ou bombées au centre; lorsqu'elles tombent, on trouve la peau encore excoriée, ou seulement une tache lie de vin qui persiste longtemps. Cependant, à côté des bulles qui se terminent, d'autres nais-

sent et suivent la même marche que les premières; un grand nombre d'éruptions successives peuvent ainsi se faire pendant des mois et même pendant des années, tantôt irrégulièrement sur toute la surface du corps; d'autres fois exclusivement sur une partie, comme le tronc ou un membre. Dans toutes les éruptions successives, les mêmes phénomènes locaux se reproduisent : cependant il arrive quelquefois que, dans celles-ci, on voit manquer les taches érythémateuses. Ces diverses éruptions peuvent se faire sans accidents généraux ; mais quelquefois chacune d'elles est précédée et accompagnée de symptômes plus ou moins aigus, tels que céphalalgie, fièvre, inappétence. Lorsque le pemphygus est borné à une partie, les malades peuvent se lever et vaquer à leurs affaires; mais si l'éruption est générale ou du moins très étendue, tout travail est impossible à cause du malaise et des démangeaisons qui existent; la plupart des malades, quoique sans fièvre, gardent le lit. Cependant, lorsque l'affection se prolonge, on voit ces individus maigrir, puis dépérir; les membres s'infiltrent; un dévoiement colliquatif s'établit, et la mort survient par suite de ces complications. Les phlegmasies des membranes muqueuses, celles surtout de la muqueuse gastro-intestinale, sont les plus communes, à tel point que Gilibert les a regardées comme constituant un des éléments de la maladie.

Anatomie pathologique. — A l'ouverture des cadavres on dit avoir trouvé des bulles sur quelques muqueuses, telles que celles de la vulve, de la bouche et du pharynx; mais le plus souvent ces parties sont pâles; plus souvent on trouve la muqueuse intestinale ramollie, quelquefois ulcérée. On a constaté plusieurs fois la dégénérescence graisseuse du foie (Biett, Cazenave), et le sang a été trouvé semblable, pour l'aspect, à de la groseille mal prise et foncée en couleur (Gilibert).

Diagnostic. — Le pemphygus est facile à reconnaître. Nous verrons plus tard en quoi il diffère du rupia, de l'ecthyma et de l'impétigo. Les bulles qui accompagnent l'érysipèle ne seront pas prises pour un pemphygus véritable, si on fait attention à la nature de l'exanthème qui les accompagne. Il est inutile de rappeler ici combien le pemphygus diffère de l'herpès : cependant on a vu des cas où les bulles du pemphygus, qui sont en général grosses et isolées, sont petites, rapprochées, et s'accompagnent d'un peu de rougeur érythémateuse, de telle sorte qu'il serait alors assez difficile de distinguer tout d'abord la maladie d'avec une plaque d'herpès, s'il n'existait pas presque toujours sur quelque autre point des bulles, avec les caractères propres au pemphygus.

Pronostic. — Le pemphygus aigu a constamment une heureuse terminaison, à moins de quelques complications. Mais le pemphygus chronique annonce presque toujours un mauvais état de la constitution; peu grave par lui-même, il le devient en raison des affections viscérales qui le compliquent, et qui se développent d'autant plus facilement que les individus sont déjà plus affaiblis par l'âge et par les privations.

Étiologie. — On ignore à peu près complétement les causes du pemphygus. Quoiqu'il ne soit spécial à aucun pays, on le dit pourtant plus commun en Allemagne, en Angleterre et en France. Il paraît que cette

maladie se remarque plus souvent chez l'homme que chez la femme. A l'état aigu, il affecte spécialement les sujets jeunes; il n'est même pas rare de l'observer chez les enfants nouveau-nés. Dans ces cas, les bulles siègent ordinairement à la plante des pieds et à la paume des mains; elles contiennent un liquide séro-purulent, et sont entourées d'une aréole violacée. Quelques observateurs, M. le professeur Paul Dubois en particulier, ont pensé que cette éruption pemphygoïde, chez les nouveaux-nés, se liait constamment à une infection syphilitique de la mère. C'est là une opinion qui mérite toute l'attention des observateurs.

Enfin le pemphygus chronique affecte plus spécialement les vieillards et les sujets affaiblis par des maladies chroniques, par la misère, par la débauche et par les privations. Le pemphygus n'est pas contagieux; on l'a vu régner épidémiquement.

Traitement. — Le pemphygus aigu cède, en général, facilement à l'emploi des boissons acidules et délayantes, à l'usage de quelques bains tièdes et de lotions narcotiques. La saignée est rarement indiquée. Au pemphygus chronique, on oppose les bains alcalins. Si le sujet est affaibli, ou d'une constitution détériorée, on aura recours aux toniques, aux ferrugineux, aux analeptiques; enfin les complications seront combattues par des moyens appropriés.

DU RUPIA.

On nomme *rupia* (de ῥυπος, *ordure*) une affection caractérisée par l'éruption de bulles isolées, aplaties, remplies d'un liquide d'abord séreux, puis purulent ou sanguinolent, qui se concrète, et forme des croûtes noirâtres, épaisses, auxquelles succèdent des ulcérations plus ou moins profondes.

Symptômes, divisions. — On a distingué trois espèces de rupia, ne différant entre elles que par l'étendue et par l'intensité de l'éruption : ce sont les rupia *simplex*, *proeminens* et *escarrotica*.

Dans le *rupia simplex* on voit se développer, sans inflammation préalable de la peau, des bulles ayant pour la plupart le volume d'une pièce de 1 franc, aplaties, qui, comme je l'ai déjà dit, sont remplies d'un liquide séreux. Celui-ci devient bientôt puriforme et sanguinolent; il se concrète et forme des croûtes noirâtres ou brunes, rugueuses, plus épaisses au centre, et se continuant par leur circonférence avec l'épiderme, qui est légèrement soulevé. Si on les détache, on trouve sous elles des ulcérations qui se cicatrisent promptement, qui d'autres fois se recouvrent de nouvelles croûtes. Enfin, la cicatrisation terminée, la peau conserve pendant longtemps une teinte d'un rouge livide. Le *rupia simplex* siège presque exclusivement sur les membres inférieurs, plus rarement on le rencontre sur le tronc ou sur les membres supérieurs.

Le *rupia proeminens* débute par une inflammation circonscrite de la peau sur laquelle la bulle se développe. Cette forme diffère encore de la précédente par l'étendue plus grande des bulles, par l'épaisseur et l'aspect

de la croûte ; celle-ci est d'un brun noirâtre ; elle est rugueuse, inégale : aussi l'a-t-on comparée avec raison à l'écaille de l'huître et à celle de ces mollusques univalves nommés *lepas* ou *patelles*. Cette croûte adhère souvent intimement au derme ; et quand on la sépare, on trouve une solution de continuité qui rappelle assez ces ulcérations atoniques ou de mauvaise nature, dont la cicatrisation se fait parfois attendre assez longtemps.

Enfin la troisième variété du rupia a été appelée *escarrotica* par Willan, et correspond à l'affection décrite par d'autres sous le nom de *pemphygus gangrenosus*. On ne l'observe que chez les enfants, depuis la naissance jusqu'à la première dentition ; il commence par des taches livides et saillantes, sur lequelles se développent des bulles irrégulières, remplies d'un liquide noirâtre, et entourées d'une aréole violacée. Ces bulles, en se déchirant, laissent voir des ulcérations douloureuses, fongueuses, saignantes, et fournissant une suppuration fétide.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard combien le rupia ressemble à l'ecthyma, puisque quelques auteurs les considèrent comme des variétés d'une même affection. Le rupia diffère du pemphygus en ce que les bulles renferment rarement une sérosité transparente. Le liquide contenu est, en effet, presque toujours rougeâtre ou opaque primitivement. Enfin, les ulcérations, et surtout l'aspect des croûtes, établissent des différences suffisantes entre les deux affections.

Pronostic. — Le rupia n'offre par lui-même aucun danger : cependant le rupia escarrotica, qui affecte les enfants jeunes, peut entraîner des accidents ; d'ailleurs le pronostic sera établi d'après l'état des forces, d'après le nombre et l'étendue des ulcérations.

Étiologie. — Le rupia est une maladie qu'on n'observe guère que chez les enfants ou chez les vieillards, et généralement chez des individus affaiblis et cachectiques.

Traitement. — La première indication consiste à soutenir, à relever les forces, et à améliorer la constitution des sujets. On provoquera la chute des croûtes par des cataplasmes et des bains ; puis les ulcérations seront lavées avec des liqueurs détersives chlorurées, et pansées avec des digestifs ; enfin, souvent il faudra modifier la vitalité des surfaces par la cautérisation. Biett employait encore avec succès la pommade au proto et au deuto-iodure de mercure.

INFLAMMATIONS PUSTULEUSES.

On donne le nom de *pustules* à de petites tumeurs circonscrites, ayant un diamètre de 1 à 7 millimètres, et qui sont formées par l'épanchement d'un fluide purulent qui soulève l'épiderme. Ce liquide peut être résorbé : le plus souvent il se concrète sous forme de croûtes, dont plusieurs offrent des caractères particuliers. Enfin le derme au niveau duquel la pustule s'est développée peut être induré ou ulcéré, et il en résulte souvent alors des taches ou des cicatrices indélébiles.

Les inflammations pustuleuses sont au nombre de sept : ce sont : la *variole* et la *vaccine*, l'*acné*, la *mentagre*, l'*impétigo*, l'*ecthyma* et le *favus*. Nous ne traiterons ici que des cinq dernières, car nous avons déjà tracé l'histoire de la vaccine et de la variole, et nous comptons parler des pustules produites par le virus syphilitique à l'occasion des affections virulentes. Les maladies pustuleuses sont, les unes aiguës, les autres chroniques. Dans les premières, les pustules sont généralement plus grosses, et leur base est enflammée : Willan les a nommées *phlyzaciées;* les autres, au contraire, sont plus petites, et nulle inflammation n'existe à leur circonférence : le même auteur les appelle *phsydraciées*.

DE L'ACNÉ.

Le mot *acné* (de ακμη, *vigueur*), employé par Aétius et par Sauvages, a été consacré par Willan et par Biett pour désigner une phlegmasie des follicules sébacés, caractérisée par des pustules peu étendues, séparées les unes des autres, environnées d'une aréole rosée ou livide, plus ou moins dures à leur base, et qui sont répandues sur les joues, sur le nez, sur le front, et quelquefois aussi sur le cou et sur le tronc.

Divisions. — Les dermatologistes ont distingué plusieurs espèces d'acné, qui sont les acnés *simplex*, *indurata*, *rosacea* et *sebacea*.

Symptômes. — 1° *Acné simplex.* — Dans l'acné *simplex*, on observe d'abord un certain nombre de points rouges et durs, qui augmentent peu à peu de volume, et qui deviennent pustuleux après quatre ou huit jours et quelquefois beaucoup plus tard. Une fois formées, ces pustules sont acuminées; leur base est entourée d'une aréole rouge ; elles ne s'accompagnent d'aucun trouble dans la santé, souvent même elles ne produisent aucun symptôme local, si ce n'est parfois un léger prurit. Leur nombre varie : il peut n'en exister que deux ou trois ; d'autres fois toute la face ou tout le dos en est couvert. Bientôt apparaît à leur centre un point jaunâtre; la dessiccation s'opère; une croûte se produit, et lorsqu'elle tombe, il reste un point rougeâtre, quelquefois une cicatrice blanchâtre et indélébile.

Il faut rapprocher de l'acné *simplex* la forme que Willan nomme *punctata*, à cause des petits points noirs qu'on observe et qui dépendent de l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules de la peau. Enfin, Biett a proposé de rapprocher encore de l'acné dont nous parlons, l'inflammation simple du follicule produisant une exagération de la sécrétion, qui tantôt s'écoule au dehors et donne à la peau un aspect huileux, et qui tantôt est retenue dans le follicule, qu'elle distend : c'est l'*acné sebacea*.

2° Dans l'*acné indurata*, les pustules sont plus volumineuses, plus nombreuses et plus rapprochées que précédemment; elles sont irrégulières, conoïdes, violacées, indolentes; la peau est indurée dans toute son épaisseur; la suppuration s'établit lentement; enfin, lorsque la croûte qui s'est formée tombe, on trouve à sa place une induration du derme, occupant parfois aussi le tissu cellulaire subjacent, ou bien enfin il existe une

teinte livide avec une dépression qui n'est autre qu'une cicatrice en général indélébile.

3° L'*acné rosacea*, ou *couperose*, est la forme qu'on remarque, surtout chez les femmes, à l'époque dite critique. Elle est caractérisée par des pustules acuminées, peu élevées, discrètes, entre lesquelles la peau présente une coloration rouge avec induration. Comme dans les formes précédentes, il n'existe aucun symptôme général, et le plus souvent même aucune douleur. Ces tumeurs peuvent rester stationnaires pendant une ou plusieurs semaines; dans tous les cas, la suppuration s'y fait avec lenteur; des éruptions successives ont lieu le plus souvent, et la peau, qui est ainsi le siége habituel d'une congestion, finit par rester uniformément injectée; bientôt elle perd sa souplesse, elle s'hypertrophie, s'indure, présente des inégalités et des espèces de mamelons : c'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment sur les joues, et surtout sur le nez, qui peut alors doubler ou tripler de volume, ce qui donne à la physionomie un aspect repoussant.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'acné est facile; nous verrons plus tard à l'aide de quels caractères on pourra la distinguer de l'ecthyma, du lichen agrius, des syphilides tuberculeuses et du lupus, qui sont les seules maladies avec lesquelles on pourrait la confondre.

Pronostic. — Quoique l'acné ne compromette point l'existence, cependant il est deux formes de la maladie (les *acné indurata* et *rosacea*) qui constituent des affections fort incommodes, car elles résistent longtemps aux moyens thérapeutiques. De plus, l'acné *rosacea* finit par altérer les traits de la face.

Étiologie. — L'acné n'affecte presque jamais les enfants. Les autres âges ne sont pas également sujets aux diverses variétés de la maladie : ainsi les acnés *simplex*, *punctata* et *sebacea* sont spéciales aux adolescents; la forme *indurata* survient dans la jeunesse, et la *rosacea* n'affecte guère que les adultes. Les femmes paraissent être plus sujettes à la maladie que les hommes. On peut dire, en règle générale, que l'acné coïncide le plus souvent avec une constitution robuste. On a prétendu qu'elle se rattachait souvent à quelque lésion viscérale du ventre (foie, intestins, estomac) ou à des irrégularités dans l'écoulement menstruel, ce qui n'est pas démontré. On a encore regardé comme des causes actives de l'acné, les excès de table, l'abus des alcooliques, les mets épicés, la malpropreté, les affections morales, l'usage de certains cosmetiques. Mais si toutes ces causes ont de l'influence sur la production des acnés *indurata* et *rosacea*, elles n'en ont aucune sur celle de l'acné *simplex*, qui survient uniquement par suite des révolutions organiques qui se produisent vers l'âge de puberté. L'acné peut naître sous l'influence d'une disposition héréditaire. C'est à tort qu'on a dit qu'elle était contagieuse; qu'elle pouvait, par exemple, se transmettre par les rasoirs contaminés ou par des baisers.

Traitement. — Le traitement varie suivant les formes de la maladie et l'état constitutionnel du sujet. S'il n'y a que quelques pustules d'acné *simplex*, on n'a rien à faire ni à conseiller; mais si l'éruption est abondante, ou si elle est permanente par suite des éruptions successives qui ont lieu,

on proscrira les liqueurs excitantes et alcooliques, on conseillera un régime doux, végétal, des bains tièdes, des boissons délayantes, quelques laxatifs, des lotions sur les parties malades avec des mucilages de gomme, de coing, avec du lait, etc. Enfin, s'il existe un état pléthorique, ou s'il y a un dérangement dans les fonctions menstruelles, on prescrira les moyens efficaces pour combattre ces états morbides. Dans l'acné *indurata*, les émissions sanguines générales et locales sont plus souvent indiquées; mais il faut bientôt recourir aux moyens propres à favoriser la résolution de l'engorgement en donnant à la maladie une forme plus aiguë ; c'est dans ce but qu'on conseille les lotions avec les eaux distillées de lavande et de sauge, aiguisées avec un peu d'alcool ; une légère solution de sublimé (25 à 30 centigrammes pour 10 grammes d'eau) avec ou sans addition d'alcool ou d'une substance émulsive (liqueur de Gowland) ; les eaux minérales sulfureuses (Aix, Baréges, Enghien), dont les malades boiront. On donnera encore des pommades au calomel, et au proto-chlorure ammoniacal de mercure, ou bien encore à l'iodure de soufre (60 à 120 centigrammes pour 32 grammes d'axonge). Dans le même but, on a conseillé l'emploi des douches de vapeurs aqueuses, sulfureuses, aromatiques, etc. Enfin, on a encore proposé de changer la vitalité des parties par l'application d'un vésicatoire, ou en cautérisant les pustules ; mais ce dernier moyen paraît dangereux, car son emploi a été quelquefois suivi d'ulcérations et de cicatrices difformes. Ces divers agents seront employés avec prudence; il faudrait les suspendre s'ils produisaient une excitation locale trop vive, et les remplacer par des émollients pour les reprendre plus tard ; d'ailleurs il faudra aider leur action par un régime convenable, par des boissons acidules tempérantes, et par l'emploi de quelques purgatifs. On a reconnu depuis longtemps l'impuissance presque complète de l'art contre l'acné *rosacea*, à laquelle il faut se borner à opposer des révulsifs, des saignées déplétives, un régime doux, végétal ; on n'emploiera pas de topiques, car ils aggravent le plus souvent la maladie.

DE LA MENTAGRE.

SYNONYMIE. — *Sycosis menti*, *varus mentagre* d'Alibert (de *mentum*, menton, et ἄγρα, *prise*, ou ἀγριόω, *j'irrite*, *j'exaspère*).

La mentagre, ou sycosis, est caractérisée par l'éruption successive de petites pustules acuminées, à peu près semblables à celles de l'acné, se développant sur le menton, sur la lèvre inférieure, sur les régions sous-maxillaires, ainsi que sur les parties latérales de la face.

Symptômes, *marche*. — La mentagre est donc une affection essentiellement pustuleuse. Avant que la maladie soit tout à fait caractérisée, les malades voient se développer de temps en temps sur le menton ainsi que sur la lèvre inférieure une ou plusieurs pustules, qui ont une durée fort courte. Mais bientôt les éruptions se succèdent à des intervalles plus rapprochés, et deviennent surtout plus abondantes. L'éruption pustuleuse est généralement précédée d'un sentiment de tension ; il y a aussi parfois de

la rougeur, de la chaleur et du gonflement. On ne tarde pas à voir sur les parties affectées un certain nombre de points rouges, qui grossissent, et qui passent à l'état de pustules au bout d'un, de deux ou de trois jours. Ces tumeurs, disséminées ou confluentes, sont acuminées; un poil les traverse pour la plupart à leur centre, et un pus blanc, jaunâtre, concret, les remplit. Après être restées stationnaires pendant cinq ou sept jours, elles se rompent et se dessèchent; une croûte brunâtre se forme, celle-ci tombe après quelques jours, de sorte que l'éruption a parcouru ses périodes en dix ou quinze jours; mais il est rare que de nouvelles éruptions ne succèdent pas les unes aux autres. Ces inflammations incessantes finissent par altérer la peau, qui s'épaissit; des indurations tuberculeuses, très difficiles à résoudre, du volume d'une aveline, s'y développent; le tissu cellulaire peut lui-même s'enflammer, et des abcès peuvent en être la conséquence; enfin les bulbes des poils finissent par être détruits sur plusieurs points. Lorsque la maladie se termine par la guérison, les éruptions sont moins fréquentes et moins nombreuses; les tubercules se résolvent; enfin des pustules cessent de se développer. Cependant la peau conserve encore pendant un temps plus ou moins long une coloration violacée; souvent même une exfoliation épidermique se fait de temps en temps à sa surface. La mentagre a une durée indéterminée et toujours longue. Enfin, après avoir été guérie une première fois, elle récidive avec une extrême facilité.

Diagnostic. — Le sycosis est généralement facile à reconnaître; on ne pourra le confondre qu'avec l'impétigo *figurata*, avec les pustules ou les tubercules syphilitiques; mais on verra, quand nous traiterons de ces maladies, que le diagnostic différentiel pourra être presque toujours établi avec précision. Il est impossible de confondre le sycosis avec les furoncles, qui ont un bourbillon, ni avec l'ecthyma; car, nous allons le dire bientôt, les pustules de celui-ci sont plus larges, leur base est enflammée, ses croûtes sont plus épaisses, plus adhérentes et plus étendues.

Pronostic. — La mentagre ne compromet jamais l'existence; mais c'est une maladie dégoûtante, incommode, et dont il est le plus souvent impossible de prédire la durée.

Étiologie. — La mentagre n'affecte guère que les hommes adultes ou les jeunes gens : ceux qui ont beaucoup de barbe, ceux qui sont doués d'un tempérament sanguin et bilieux, semblent y être plus exposés. On a dit que la malpropreté, que les professions qui exposent ceux qui les exercent à la chaleur d'un foyer ardent, y prédisposaient beaucoup : cependant très souvent cette affection se remarque dans la classe aisée et même riche. On a encore accusé les excès de table : toutefois les écarts de régime peuvent bien aggraver la maladie quand elle existe, mais il est douteux qu'ils la produisent. Le plus souvent, en effet, le sycosis tient à un état constitutionnel. Quelques faits ont fait craindre que la maladie ne fût quelquefois contagieuse : ainsi on dit qu'elle a été transmise par des rasoirs contaminés; mais ces faits sont révoqués en doute par M. Cazenave, qui, dans aucun cas, ne croit à la contagion de la maladie.

Traitement. — Le traitement que nous avons conseillé pour l'acné *indurata* est entièrement applicable à la mentagre ; nous ajouterons pourtant que comme celle-ci est constamment aggravée par les frottements du rasoir, on devra couper la barbe avec des ciseaux courbés sur la pointe, ou bien même la laisser croître ; nous avons vu cette seule précaution suffire pour triompher complètement de la maladie. Mais la guérison n'était le plus souvent que momentanée, et les pustules ne tardaient pas à reparaître dès que la peau était soumise de nouveau à l'irritation du rasoir. Dans ce cas, il faut chercher à modifier profondément la nutrition : ainsi nous avons vu des sycosis rebelles, ayant momentanément cédé à diverses médications, disparaître tout à fait à la suite d'un traitement mercuriel, quoique très certainement la maladie n'eût point alors une origine syphilitique. On pourrait peut-être se servir ici avec avantage des pommades et poudres épilatoires dont nous parlerons à l'article suivant ; quelques raisons m'autorisent du moins à le penser.

Nature et siège. — Le sycosis est une affection essentiellement et primitivement pustuleuse : c'est à tort que quelques personnes ont contesté ce fait. Elle siège, non, comme l'acné, dans les follicules sébacés, mais dans les follicules pileux et dans les tubes pilifères. Les indurations tuberculeuses qui l'accompagnent si souvent indiquent, d'après M. Cazenave, une phlegmasie du tissu cellulaire sous-cutané. Après ces résultats, prétendre avec M. Gruby qu'à l'aide du microscope on découvre dans la maladie tous les caractères d'un parasite cryptogame, c'est prouver jusqu'à quelles excentricités on peut aller lorsqu'on regarde certaines choses à travers un verre grossissant.

DU PORRIGO.

Le mot de *porrigo* servait à désigner autrefois soit des ulcères, soit diverses affections crustacées du cuir chevelu ; aujourd'hui ce mot ne s'applique qu'à une éruption de pustules *psydraciées*, contagieuses, siégeant spécialement sur le cuir chevelu, mais pouvant aussi se montrer sur d'autres parties du corps.

Willan a décrit six affections comme étant des variétés du porrigo ; mais en les examinant avec soin, il est facile de se convaincre que ce célèbre pathologiste avait rapproché des maladies très différentes sous le rapport de la lésion primitive. Aussi Biett, et plus tard MM. Cazenave et Schedel, n'ont-ils reconnu dans le genre porrigo que deux espèces fondamentales, qui sont le *favus* ou *porrigo favosa* ou *lupinosa*, et le *porrigo scutulata*.

Dans la pathologie cutanée, le nom de *favus* sert à désigner une éruption de très petites pustules qui se concrètent rapidement, et qui forment des croûtes adhérentes d'un jaune pâle ou sale, offrant une dépression centrale, ce qui leur donne une certaine ressemblance avec les alvéoles d'une ruche à miel (de là le nom de *favus*), ou avec les semences du lupin (c'est le *porrigo lupinosa*). Enfin, lorsque l'éruption, au lieu d'être discrète, se

groupe de manière à former des écussons ou des anneaux réguliers, la maladie est appelée *porrigo scutulata*. Si le mot de teigne pouvait encore être usité, il faudrait le réserver pour désigner seulement la maladie que je viens de définir.

Symptômes, marche. — Le favus affecte presque toujours le cuir chevelu ; il se propage souvent à la face, quelquefois sur le tronc, et même sur les membres, ce qui d'ailleurs est excessivement rare. Dans ces derniers temps, MM. Baudelocque et Gibert ont nié que le favus fût une affection pustuleuse ; ils ont prétendu qu'il était constitué dès le début par une croûte sèche qui elle-même était le produit d'une altération de sécrétion du follicule pileux. Cependant cette opinion est contredite par les recherches de Willan et de Batman, par celles de MM. Rayer, Biett, Cazenave et Letenneur, qui tous admettent l'existence des pustules. Celles-ci se montrent sous forme de points jaunes ; elles sont très petites, et dépassent à peine le niveau de la peau. Les unes, situées entre les cheveux avec la base desquels elles n'ont aucune connexion intime, disparaissent le deuxième ou le troisième jour, sans laisser de trace de leur existence, tandis que les autres, traversées par un ou deux cheveux, se concrètent constamment et forment une dépression centrale qui n'est parfois visible qu'à la loupe, mais qu'on distingue bien à l'œil nu dès le cinquième ou sixième jour, aussitôt que la croûte a acquis un certain volume. Celle-ci s'accroît lentement ; un plus ou moins grand nombre de croûtes peuvent finir par se réunir à leur circonférence ; tout le cuir chevelu peut même être recouvert par une incrustation d'un jaune fauve, offrant à sa surface une foule de dépressions en godet, dont chacune d'elles correspond à la pustule primitive. Ce travail morbide s'accompagne constamment d'un prurit violent qui devient intolérable lorsque, par suite du défaut de soin, des poux en grand nombre pullulent sous les croûtes. La peau voisine est alors tendue, enflammée, et le plus souvent les ganglions cervicaux et sous-maxillaires s'engorgent. Les malades exhalent une odeur nauséabonde ou fétide, analogue à celle de l'urine de chat. Les croûtes des favus peuvent se détacher, elles laissent alors à nu une surface excoriée, érodée, douloureuse qui, dit-on, ne se recouvre pas de nouvelles concrétions, à moins que d'autres pustules ne se développent. D'ailleurs les croûtes peuvent rester adhérentes à la peau pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. Dans ce cas elles se dessèchent, elles se brisent, elles s'usent à leur surface ou bien elles se séparent par fragments ; enfin chez ces malades les cheveux tombent ou ils se laissent arracher par la moindre traction ; la peau finit même par en être dégarnie entièrement. Cette alopécie persiste souvent toute la vie ; d'autres fois les cheveux repoussent, mais ils sont minces et lanugineux. Enfin l'inflammation du derme peut finir par se propager au tissu cellulaire et même jusqu'aux os

Durée, terminaison. — La maladie a une durée longue, indéterminée. Lorsqu'elle persiste plusieurs années, la nutrition générale est en souffrance ; les enfants restent débiles, leur intelligence comme leur corps semblent arrêtés dans leur développement régulier. Lorsque le malade guérit, le

cuir chevelu conserve pendant plus ou moins longtemps une coloration rougeâtre : souvent il est le siége de cicatrices irrégulières ; enfin il y a une alopécie partielle ou générale, et quand les cheveux repoussent, il est rare qu'ils reprennent leur vigueur première.

Le *porrigo scutulata* (teigne *nummulaire* ou *en anneaux*), quoique constituant une affection identique à la précédente, en diffère néanmoins par la disposition des croûtes et des pustules. Ces dernières, qui sont aussi très petites, se développent sur une plaque circulaire érythémateuse, et sont agglomérées en nombre beaucoup plus considérable à la circonférence qu'au centre. Déprimées comme le sont les pustules et les croûtes de favus, elles sont disposées en anneau ; si plusieurs groupes se réunissent, on peut presque toujours discerner leur point de jonction par une ligne circulaire qui permet ainsi de déterminer la forme première de l'éruption. Lorsque le porrigo scutulata occupe une grande surface, on ne voit pas de dépression en godet, mais les croûtes sèches et friables se séparent par fragments semblables à du mortier ou à du plâtre sali.

Diagnostic. — L'éruption de petites pustules, l'existence de croûtes sèches, jaunes et creusées en godet, ne permettent pas de confondre le favus avec aucune autre affection. Les deux variétés du porrigo sont distinguées entre elles d'après la disposition des croûtes. Si elles sont discrètes, ou bien si, étant réunies, elles n'affectent aucune forme régulière, on diagnostique un *favus;* tandis que l'agglomération des croûtes, leur disposition régulière en anneau et la possibilité, lorsque plusieurs de ces plaques se sont réunies, de déterminer la forme primitive de chacune d'elles, caractériseront le porrigo scutulata. Celui-ci offre pourtant quelque ressemblance avec l'impétigo figurata : nous en parlerons plus tard (voir *Impétigo*).

Pronostic. — Le porrigo est une affection grave en raison de sa durée longue. Le *favus* est plus fâcheux que l'autre variété, qui est moins opiniâtre et qui n'est pas suivie aussi fréquemment d'alopécie.

Étiologie. — Le porrigo peut affecter tous les âges; mais on l'observe spécialement dans l'enfance et la jeunesse. Son développement spontané est rare dans la classe aisée; c'est une maladie presque spéciale à la classe pauvre, et qui reconnaît pour cause toutes les circonstances capables de détériorer la constitution, comme la misère, les privations, l'habitation des lieux malsains. Les individus d'un tempérament lymphatique sont plus souvent atteints par la maladie. Le favus et le porrigo scutulata sont essentiellement contagieux : la maladie peut se transmettre d'un individu à un autre par le contact immédiat ou par des objets ayant servi à la toilette des malades (linges, éponges, peignes, brosses, etc.). Enfin, sur le malade lui-même le porrigo ne se montre souvent sur certaines parties, comme aux membres, que par suite d'une inoculation directe.

Traitement. — A part les cas où il convient de soutenir ou de relever les forces, de fortifier la constitution des malades, on peut dire que le traitement du porrigo est tout à fait local. Il faut avant tout tenir les malades très propres, leur couper les cheveux, les raser, si c'est possible, et

déterminer la chute des croûtes en les ramollissant par des lotions, ou mieux encore par l'application de cataplasmes émollients et très humides. Les croûtes tombées, on lavera fréquemment le cuir chevelu avec de l'eau alcaline, de l'eau savonneuse, par exemple. Cependant il est rare que la maladie cède à ces moyens simples : aussi les auteurs se sont-ils de tout temps évertués à chercher quelque remède efficace. Presque tous veulent qu'on détruise les cheveux. On sait que pendant longtemps la tête des teigneux fut recouverte d'une calotte de poix rendue très agglutinative ; après trois ou quatre jours d'application, on la retirait brusquement et à contre-poil, puis on réappliquait un autre emplâtre, et ce supplice, qui a coûté la vie à beaucoup d'enfants, était ainsi répété pendant un ou plusieurs mois de suite. Aujourd'hui ce moyen barbare n'est plus usité, et pour produire la chute des cheveux on a recours à diverses poudres ou pommades épilatoires. C'est ainsi qu'on peut se servir d'une pommade faite avec 4 à 8 grammes de sous-carbonate de potasse ou de soude pour 32 grammes d'axonge, et dont on oint les parties malades deux ou trois fois par jour ; ou bien on lave celles-ci avec la solution de sulfate de potasse (4 à 5 grammes pour 500 d'eau). Tout le monde connaît la juste célébrité dont jouissent la poudre et la pommade épilatoires des frères Mahon. Quoique ce soit encore un arcane, cependant tout porte à penser que la préparation usitée par ces messieurs n'est probablement qu'un mélange de chaux éteinte et presque carbônatée, de sous-carbonate de potasse, de charbon et probablement de cendres de certains végétaux, de sarments de vigne, dit-on. Les cheveux, ayant été coupés à environ 2 centimètres, on oint chaque soir les parties malades avec une pommade contenant la poudre épilatoire ; puis, le matin, on détache avec le peigne, sans exercer de tiraillement, les croûtes prêtes à tomber. On renouvelle ces soins tous les jours, et on saupoudre de temps en temps les parties malades avec la poudre épilatoire. Bientôt les cheveux tombent. Leur chute et les soins de propreté, la précaution qu'on a de nettoyer tous les jours avec le peigne le cuir chevelu, font que celui-ci se déterge, se cicatrise ; et communément, après quatre mois de ce traitement suivi avec persévérance, on vient à bout de favus très graves. Il en est qui exigent des soins plus prolongés. La méthode épilatoire, telle que la pratiquent MM. Mahon et Vaconsin, est excellente ; elle ne provoque aucune douleur, aussi peut-on l'adopter pour les enfants les plus jeunes. Chargé pendant une année entière, par l'administration des hôpitaux, de la surveillance du traitement de la teigne, j'ai pu m'assurer des bienfaits de cette méthode. M. Cazenave a rendu le même témoignage, après avoir employé préalablement tout ce que la thérapeutique pouvait offrir de ressources, et après avoir reconnu l'inefficacité presque constante de ces moyens.

Siége, nature de la maladie, et explication des principaux phénomènes. — Pendant longtemps on a généralement admis, avec Underwood et Duncan, que les porrigo *favosa* et *scutulata* siégeaient dans les bulbes des cheveux. Cependant Sauvages, Murray, Mahon, considérèrent la maladie comme étant une altération des fossiles sébacés. Enfin, d'après

M. Letenneur, médecin distingué à Challans, qui, en 1838, a écrit une bonne thèse sur ce sujet, le favus se développerait dans le goulot du follicule pileux, et non dans le corps de ce dernier, qui serait ordinairement intact. La facilité avec laquelle on arrache les cheveux et l'alopécie consécutive ne sont pas, comme on l'a prétendu, une preuve de l'altération du bulbe ; car nous croyons, avec M. Letenneur, que le peu de résistance des cheveux dépend de ce que leurs liens naturels sont détruits lorsque la croûte faveuse a dilaté le follicule et après que l'épiderme s'est détaché. Dans le favus, il n'y a donc pas altération du cheveu ou du bulbe, mais lésion de sécrétion de la matière qui lubrifie et nourrit le poil ; le cheveu n'est altéré qu'à partir du conduit pilifère : il ne l'est pas entre celui-ci et le bulbe. M. Cazenave partage ces idées. Ce médecin explique comme M. Letenneur l'alopécie, non par la destruction des bulbes, mais par l'oblitération de l'orifice du canal pilifère, par la formation de cicatrices, et non par la destruction radicale des cheveux, puisque, après la guérison on peut voir ceux-ci repliés sur eux-mêmes à travers les cicatrices. Cependant les bulbes, dont les fonctions sont devenues désormais inutiles et même impossibles, ne tardent pas à s'atrophier et à disparaître. On ne sait pas ce qui produit la dépression en godet des croûtes ; l'explication que M. Baudelocque a donnée de ce phénomène n'est pas d'accord avec les données anatomiques.

Le porrigo est une affection pustuleuse, on s'en est convaincu par ce qui précède. C'est une phlegmasie spécifique ; elle n'a aucun rapport avec la syphilis, ainsi que le croyait Rosen. Quant à l'idée émise d'abord par le célèbre professeur Schœnlein, de Berlin, et soutenue récemment par MM. Gruby et Robin, que le favus ne serait autre chose qu'un végétal de la famille des cryptogames, c'est là une opinion étrange, qui jusqu'à présent n'a trouvé aucun défenseur parmi les dermatologistes. (Voir, pour l'étude de cette question, l'ouvrage de M. Robin, intitulé : *Des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants.*)

DE L'ECTHYMA.

Le mot *ecthyma* sert à désigner une phlegmasie cutanée caractérisée par des pustules *phlyzaciées*, arrondies, d'un volume assez considérable, ordinairement discrètes, à base rouge et enflammée, auxquelles succède une croûte brunâtre plus ou moins épaisse, qui elle-même est remplacée plus tard par une tache rougeâtre ou par une petite cicatrice (1).

Symptômes. — L'ecthyma offre quelques prodromes dans les cas seulement où l'éruption doit être tout à coup nombreuse ; mais le plus souvent les pustules naissant successivement, on n'observe aucun symptôme prodromique. La maladie débute par des points rouges, durs, saillants, circonscrits, offrant dès le deuxième jour une couleur blanche, en raison du pus qu'ils contiennent ; au troisième et au quatrième, la pustule est

(1) De ἐκθύειν, *rompre avec fureur*, ou de ἐκθυμιάω, *j'exhale*; il a souvent été employé, surtout par les Latins, comme synonyme de *pustules*.

bien établie ; sa base est dure, d'un rouge vif ou livide. Vers le septième, la tumeur s'ouvre ; le pus se concrète sous forme de croûtes jaunes, brunes ou verdâtres, qui se séparent du dixième au quinzième jour. En général, l'éruption parcourt ses périodes sans exciter de réaction fébrile. Il existe pourtant assez souvent du malaise et de l'anorexie ; mais il y a communément des douleurs lancinantes dans la partie malade ; celles-ci sont assez vives lorsque plusieurs pustules sont confluentes, et dans ces cas il est commun d'observer un engorgement douloureux des ganglions lymphatiques voisins.

Tels sont les caractères et la marche de l'ecthyma qu'on peut appeler aigu. Il est rare cependant que la maladie suive cette marche ; presque toujours, en effet, on voit des groupes de pustules naître successivement pendant plusieurs mois de suite ; c'est ce qui caractérise l'ecthyma *chronique*, qui est la forme habituelle de la maladie. Chacune de ces éruptions s'accompagne des mêmes phénomènes que nous avons précédemment énumérés. L'ecthyma chronique présente quelques particularités, suivant l'état constitutionnel des malades : ainsi, lorsqu'il affecte des enfants affaiblis et mal nourris, les pustules sont très inégales entre elles pour le volume : les unes suppurent et se couvrent de croûtes ; les autres diminuent peu à peu, et offrent plusieurs desquamations successives ; quelques unes, enfin, sont suivies d'ulcérations profondes (*E. infantile* de Willan). Chez les vieillards débiles, ou chez les sujets adonnés à la débauche, l'ecthyma se présente également sous un aspect insolite : ainsi la peau est d'un rouge livide ; la pustule est noirâtre, à cause du sang qu'elle contient ; la croûte a la même coloration ; elle se forme plus lentement, et elle peut rester adhérente à la peau pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Lorsqu'elle tombe, elle laisse souvent à nu une ulcération de mauvaise nature, dont la cicatrisation est longue et difficile (*Ec. cachecticum* de Willan).

L'ecthyma peut se montrer sur presque tous les points de la peau ; mais on l'observe surtout aux membres, aux épaules, aux fesses, au cou, à la poitrine. Il est rare de le rencontrer à la tête. Les pustules peuvent envahir successivement plusieurs régions ; mais communément elles sont bornées à une seule partie, à un membre, par exemple.

Diagnostic. — L'ecthyma ne peut être confondu avec l'acné ou le sycosis, même lorsque les pustules ont une base dure et rouge ; car dans ces deux dernières maladies les pustules sont plus petites, leur marche est lente, l'induration de la base persiste plus ou moins longtemps, tandis que les pustules de l'ecthyma sont plus larges, plus superficielles et ne sont jamais accompagnées d'indurations ; enfin, les croûtes elles-mêmes ont un aspect différent. Il est facile de distinguer l'ecthyma du *rupia ;* mais nous avons vu que quelquefois la bulle de celui-ci était purulente, ou contenait un sang noirâtre, comme dans l'ecthyma *cachecticum*. Cependant, même alors, il sera encore possible de saisir le caractère bulleux, et si on n'y parvenait pas, l'aspect des croûtes semblables aux écailles d'huître et les ulcérations profondes permettraient de reconnaître la véritable nature de la maladie. Les pustules de la variole, de la vaccine et du favus diffèrent

de l'ecthyma par leur forme ombiliquée, par leur marche, et par leur caractère contagieux. Enfin, nous dirons plus tard comment on distingue l'ecthyma de l'impétigo et des pustules syphilitiques.

Pronostic. — L'ecthyma n'offre par lui-même aucune gravité; il n'est fâcheux qu'en raison de l'état de faiblesse, de cachexie, avec lequel il coïncide souvent, et des complications intestinales qui arrivent surtout chez les vieillards et chez les enfants.

Étiologie. — Il paraît que l'ecthyma affecte surtout les hommes, les sujets débilités portant quelque lésion viscérale, les individus misérables et malpropres, ceux adonnés à l'ivrognerie ou qui exercent des professions qui mettent la peau en contact avec des substances irritantes. Enfin, l'ecthyma complique souvent diverses maladies de la peau, surtout la variole et la gale.

Traitement. — Des boissons délayantes, des lotions émollientes, des bains tièdes, quelques laxatifs, sont les seuls moyens à opposer à l'ecthyma simple, aigu. Mais, si la maladie se prolonge, il faut modifier l'état constitutionnel : ainsi, les malades étant ordinairement malingres, affaiblis, cacochymes, il faut ranimer leurs forces par une hygiène convenable, par l'emploi des bains de mer, par les amers, les toniques et les ferrugineux. Les ulcérations qui succèdent à la chute des croûtes peuvent être assez enflammées pour nécessiter une médication topique émolliente; mais plus communément l'ulcère est atonique, et il convient alors de raviver sa surface par des lotions stimulantes, par des digestifs ou par la cautérisation.

DE L'IMPÉTIGO.

SYNONYMIE. — Dartre crustacée, mélitagre d'Alibert.

L'*impétigo* est une maladie non contagieuse, caractérisée par l'éruption de petites pustules *psydraciées*, agglomérées ou discrètes, qui, en se desséchant, forment des croûtes jaunes, rugueuses et épaisses.

Divisions. — La disposition des pustules a fait admettre deux variétés principales d'impétigo. Lorsque les pustules sont agglomérées sur une surface plus ou moins circonscrite, et à laquelle on peut assigner une forme quelconque, circulaire ou ovale, Willan donne à l'impétigo le nom de *figurata*; tandis que, lorsque les pustules sont éparses et qu'elles n'affectent aucune forme régulière, l'impétigo est dit *sparsa* : ces deux variétés peuvent exister à l'état aigu ou à l'état chronique. Enfin, à l'exemple de Biett, de MM. Cazenave et Schedel, etc., nous rapporterons à l'impétigo les maladies décrites par Willan sous les noms de *porrigo larvalis* et *porrigo granulata*, affections que d'autres ont confondues sous le nom générique de *teigne*, expression qui n'est plus usitée dans notre langage actuel.

Symptômes. — L'*impetigo figurata* occupe ordinairement les joues; on l'observe moins souvent sur les membres, et plus rarement encore sur le tronc. Il survient communément sans prodromes. On voit un ou plusieurs points de la peau devenir rouges et le siége d'une chaleur et d'un prurit incommodes; bientôt il se développe sur ces plaques un plus ou

moins grand nombre de pustules petites, peu saillantes, qui, en trente-six, quarante-huit ou soixante-douze heures au plus tard, s'ouvrent et versent un liquide purulent qui forme des croûtes jaunes, très friables, demi-transparentes, qu'on a comparées au suc gommeux de quelques arbres ou à du miel desséché. A la circonférence de ces croûtes, qui envahissent parfois une partie du visage, on trouve généralement quelques pustules encore intactes. C'est d'ailleurs par le développement de pustules à la circonférence des croûtes qu'on voit la maladie, d'abord limitée, occuper plus tard un grand espace. L'impétigo reste ainsi stationnaire pendant un temps qui varie entre deux et quatre semaines; alors le prurit et la chaleur sont moindres; les croûtes tombent, et la portion de peau qu'elles laissent à nu est tantôt rouge, luisante et tendue, d'autres fois elle est excoriée et gercée. Ces surfaces fournissent un suintement abondant qui devient la source de nouvelles concrétions, ou bien la croûte reste, mais au-dessous d'elle se forme une ulcération rongeante qui détruit la peau et laisse en guérissant une cicatrice difforme (*imp. rodens*). Ceci ne se voit guère que dans l'impétigo du nez. Dans d'autres cas, une éruption de nonvelles pustules se fait sur les surfaces malades et s'accompagne des symptômes locaux qui ont marqué la première éruption. La maladie a passé alors à l'état chronique; le derme enflammé finit ici par acquérir une épaisseur plus ou moins considérable. L'impetigo *figurata* qui siége aux membres et au tronc présente les mêmes caractères que celui de la face; les plaques sont seulement plus larges : c'est ce qui a lieu surtout pour celles qui se développent sur les membres inférieurs. Ici, en effet, on voit parfois des croûtes assez étendues pour envelopper le membre de toutes parts. Celles-ci ont alors une dureté très grande; elles sont d'un brun jaunâtre foncé (*imp. scabida* de Willan). Dans ces cas, les mouvements du membre sont difficiles et douloureux; il y a un prurit insupportable, et de l'œdème; les ongles tombent, et si des portions de croûte se séparent, elles sont bientôt remplacées par une concrétion nouvelle formée par le fluide exhalé.

Nous avons déjà dit quelle était la disposition des pustules dans l'impétigo *sparsa;* cette variété de la maladie n'affecte guère que les membres; son siége de prédilection est aux jambes. Les pustules suivent la même marche et s'accompagnent des mêmes démangeaisons que dans l'impétigo *figurata;* plus que celui-ci, la forme précédente a de la tendance à passer à l'état chronique.

L'impétigo, qui quelquefois ne dure que deux ou trois semaines, peut se prolonger pendant plusieurs années consécutives, et finit, s'il est très étendu, par affaiblir la constitution. Lorsque la maladie doit se terminer heureusement, le prurit et la chaleur diminuent, ainsi que le suintement; les croûtes s'amincissent et tombent sans se reproduire; la surface malade se rétrécit; l'engorgement de la peau diminue peu à peu ainsi que sa coloration violacée, qui est le phénomène morbide qui disparaît le dernier.

Il nous reste à faire connaître deux espèces d'impétigo qui n'occupent guère que la tête, et qu'on observe spécialement chez les enfants : je veux

parler des impétigo *larvalis* et *granulata*. Le premier, qui n'est autre chose que la gourme, a reçu son nom de l'espèce de masque qu'il forme sur le visage (*larva*, masque) : c'était la *teigne muqueuse* d'autrefois. Il occupe le front, les joues, le menton des enfants âgés d'un à quatre ans. La peau est rouge et enflammée ; les pustules sont discrètes ou confluentes ; elles donnent un écoulement abondant, visqueux, jaunâtre, lorsqu'elles se déchirent, et le liquide, en se concrétant, peut couvrir toute la figure d'une espèce de masque jaunâtre, humide ; il peut s'étendre aussi au tronc et au cuir chevelu sans détruire jamais le bulbe des cheveux. Cette éruption s'accompagne de prurit et souvent de douleur ; elle peut suivre une marche aiguë, produire le gonflement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, et s'accompagner de fièvre. Mais le plus souvent la maladie est chronique ; les croûtes tombent et se reproduisent plusieurs fois avant de cesser.

La seconde forme d'impétigo a été nommée *granulata* (*teigne granulée*) ; elle se développe sur le cuir chevelu des enfants de deux à huit ans qu'on ne soigne pas. Elle est caractérisée par des pustules qui fournissent un liquide abondant, lequel se concrète. Les croûtes, en se desséchant, adhèrent aux cheveux, et ressemblent assez à des fragments de mortier ou à du plâtre tombé des murs, et sali par l'humidité et la poussière ; les cheveux ne sont jamais détruits ; s'ils tombent quelquefois, ce n'est qu'une alopécie momentanée. L'impétigo granulé dure rarement plus de deux ou trois mois ; il cède souvent en quelques semaines à des soins de propreté.

Diagnostic. — Le caractère pustuleux différencie suffisamment l'impétigo des éruptions herpétiques et eczémateuses. L'éruption qui occupe le menton pourrait être confondue avec la mentagre ; mais si on se rappelle que dans l'impétigo les pustules sont petites et rapprochées, que le suintement est abondant, que les croûtes sont épaisses, d'un jaune-verdâtre et demi-transparentes, qu'il n'existe enfin aucune callosité de la peau, on arrivera à préciser le véritable caractère de la maladie.

On distinguera toujours facilement l'impétigo du favus et des syphilides pustuleuses.

Quant au porrigo *scutulata*, il y a entre lui et l'impétigo *figurata* des différences essentielles, soit qu'on considère les pustules, soit qu'on examine les croûtes. En effet, pour le premier, les pustules sont petites, à peine visibles, et la concrétion des liquides est prompte ; dans l'impétigo, au contraire, les pustules ont un certain volume, et la croûte ne se forme qu'après quelques jours. Si l'on considère la concrétion, on trouvera celle-ci plus épaisse dans l'impétigo, se reproduisant facilement lorsqu'elle tombe, sans qu'il soit besoin d'une éruption nouvelle ; enfin l'impétigo n'est pas contagieux et ne produit pas l'alopécie.

Pronostic. — Il est le même que pour l'ecthyma.

Étiologie. — L'impétigo survient quelquefois par l'action des substances irritantes sur la peau. Quand il est spontané, on le dit plus fréquent, au printemps et à l'automne, chez les sujets lymphatiques ou sanguins, chez les enfants, les vieillards et à l'âge critique des femmes. Enfin, on a regardé les passions tristes, les excès, le mauvais régime, comme favorisant le dé-

veloppement de la maladie. Mais aucune de ces opinions n'est encore justifiée par une observation sévère. Cependant il est à peu près démontré que l'impétigo affecte plus souvent les enfants pauvres que ceux de la classe aisée. Cette maladie n'est jamais contagieuse.

Traitement. — Dans la forme aiguë de l'impétigo, il faut recourir aux moyens précédemment conseillés pour l'état aigu de l'ecthyma et du sycosis; mais lorsque la maladie est passée à l'état chronique, les préparations sulfureuses en boissons, en bains et en douches, seront très utiles. On conseille encore les bains et les douches de vapeurs simples. Quand la maladie résiste à ces moyens, quelques personnes veulent qu'on modifie les surfaces par l'application d'un vésicatoire, ou par la cautérisation avec le nitrate d'argent, ou par des onctions avec la pommade au protonitrate de mercure (120 centigrammes pour 32 grammes d'axonge). Enfin aux impétigo qui s'étaient montrés rebelles à ces moyens, on a opposé les préparations arsenicales et surtout la solution de Pearson (arséniate de soude, 20 centigrammes dans 120 grammes d'eau distillée; en donner de 12 gouttes à 4 grammes et plus par jour).

L'impétigo *larvalis* (ou la gourme) n'exige en général que des soins de propreté, des lotions fréquentes avec des substances mucilagineuses, des bains, parfois des laxatifs et un exutoire au bras. Il ne faut pas oublier que l'impétigo *larvalis* est quelquefois un émonctoire utile; que, par conséquent, on ne doit pas le supprimer trop tôt. Dans l'impétigo *granulata*, il faut faire tomber les croûtes avec des cataplasmes émollients, et, dès que l'inflammation est calmée, recourir aux lotions et aux pommades alcalines, et quelquefois aux préparations sulfureuses en douches et en lotions.

QUATRIÈME CLASSE DE MALADIES.

DES HÉMORRHAGIES.

On entend par *hémorrhagie* tout écoulement de sang hors des vaisseaux destinés à le contenir, soit que ce liquide se répande sur une surface libre, soit qu'il s'épanche dans l'épaisseur d'un organe ou d'un tissu. Dans ce dernier cas, on donne souvent à l'hémorrhagie le nom d'*apoplexie*.

Historique. — Les auteurs anciens ont connu les principales espèces d'hémorrhagies : Hippocrate en a parlé dans plusieurs de ses ouvrages, et il ne les a guère considérées que sous le point de vue pratique; mais ses successeurs n'imitèrent point sa réserve. Quittant la voie de l'observation, tous voulurent expliquer, à l'aide des théories régnantes, la cause prochaine des hémorrhagies et le mécanisme de leur production. Préoccupés de leurs vaines fictions, presque tous, à l'exception peut-être de Stahl et de F. Hoffmann, négligèrent tout ce qui était positif dans l'histoire de ces maladies. On peut se convaincre par la lecture des ouvrages de Lordat

et de Latour, publiés au commencement de ce siècle, combien même à cette époque l'histoire des différentes espèces d'hémorrhagies offrait d'incertitude. Mais depuis lors les recherches cadavériques nombreuses et une meilleure direction dans l'étude des phénomènes morbides ont beaucoup éclairé l'étude de cette classe importante de maladies. A l'occasion de chaque hémorrhagie en particulier, nous dirons les noms des médecins qui, par leurs travaux, en ont le mieux perfectionné l'histoire; mais je dois d'abord signaler ici, comme pouvant être consulté avec fruit, le résumé bien fait que M. Chomel a tracé sur les hémorrhagies en général, dans le tome XV du *Dictionnaire de médecine* (année 1837).

Divisions. — Les hémorrhagies qui sont du domaine de la pathologie médicale ont été appelées *spontanées*, par opposition aux hémorrhagies traumatiques, qui appartiennent à la chirurgie, parce que les causes qui produisent les premières sont toujours obscures et souvent même tout à fait inconnues. Les hémorrhagies spontanées ont été distinguées en *symptomatiques* et en *essentielles*. Les premières se rattachent à l'existence d'une maladie antérieure, elles constituent un de ses symptômes; au contraire les hémorrhagies essentielles ne sont le symptôme d'aucune affection antérieure appréciable : ici l'hémorrhagie forme alors à elle seule tout l'état morbide. Les auteurs ont encore distingué les hémorrhagies en *actives* ou *sthéniques*, en *passives* ou *asthéniques*, en *constitutionnelles*, *accidentelles*, *succédanées*, *critiques*, en *internes* et en *externes*, expressions dont nous fixerons plus tard la valeur. Enfin j'ai dit plus haut que les hémorrhagies étaient tantôt *interstitielles*, et que tantôt elles se formaient sur des *surfaces libres;* c'est à ces dernières seulement que s'appliquent les généralités que nous allons présenter.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on examine sur le cadavre un organe qui, pendant la vie, a été le siége d'une hémorrhagie essentielle, on ne trouve aucune modification appréciable dans sa structure; les anciens avaient donc eu tort de supposer que, dans ces cas, il existait toujours quelque érosion manifeste des vaisseaux artériels et veineux, opinion d'ailleurs qui fut victorieusement réfutée par les recherches nécroscopiques de Morgagni, et surtout par celles de Bichat. L'organe ou le tissu à la surface duquel l'hémorrhagie s'est faite est le plus souvent pâle, décoloré; d'autres fois il est plus rouge, plus humide et ecchymosé; en le pressant, on en exprime du sang ou de la sérosité rougeâtre; enfin les vaisseaux sanguins sont engorgés jusqu'à une certaine distance; il y a, en un mot, tous les caractères d'une congestion très vive. En l'absence d'une érosion appréciable des tissus, il faut admettre que les hémorrhagies essentielles et la plupart de celles qui sont symptomatiques d'une altération des solides et des liquides constituent une véritable sécrétion morbide, et que, dans ces cas, le sang est exhalé suivant le même mécanisme que le mucus, que la sérosité et que le fluide perspiratoire. Mais il nous est absolument impossible de déterminer la cause intime d'un pareil phénomène, et tout ce qu'on a dit à ce sujet ne mérite pas même d'être discuté par des esprits sérieux. Lorsque la mort a été produite par l'abondance de l'hé-

morrhagie, on trouve le système circulatoire presque vide, le sang qu'il contient est pâle et séreux; tous les organes sont décolorés, et le cœur est revenu sur lui-même. M. Beau, au contraire, a avancé (*Archives* de 1845) que chez les individus qui meurent après avoir eu des hémorrhagies répétées, on trouvait le cœur hypertrophié et dilaté : ce fait pourtant est loin d'être établi sur des preuves certaines; car jusqu'à présent il n'a guère en sa faveur que quelques expériences faites sur les animaux.

Symptômes. — Les symptômes des hémorrhagies diffèrent beaucoup, suivant l'organe par où elles ont lieu, et suivant que l'écoulement sanguin est plus ou moins considérable. Beaucoup d'hémorrhagies sont précédées par des signes d'une congestion plus ou moins forte vers l'organe qui doit être le siége de l'exhalation sanguine. C'est l'ensemble des phénomènes qu'on observe alors qui caractérise ce que Stahl appelle le *molimen hemorrhagicum* ou l'*effort hémorrhagique*. Le sang s'échappe à l'extérieur peu après avoir été exhalé (*hémorrhagie externe*); d'autres fois il s'épanche et séjourne dans une cavité (*hémorrhagie interne*). Dans l'un et l'autre cas, on observe des symptômes dont la gravité est en rapport avec la quantité de sang perdue. Si l'hémorrhagie se fait avec rapidité, et si elle est abondante, les malades sont pris d'horripilations, la face et toute l'habitude du corps pâlissent, les extrémités se refroidissent; il y a de la tendance aux lipothymies; le pouls se déprime et s'accélère. A un degré plus considérable encore, on observe des efforts de vomissement, des évacuations alvines involontaires, des mouvements convulsifs, une sorte de délire ou de coma vigil (Marshall Hall), et des syncopes qui ont pour effet d'arrêter ou de modérer l'hémorrhagie. Enfin, quand la perte est excessive, la mort peut avoir lieu en quelques instants.

Lorsque l'hémorrhagie est externe, le sang qui s'échappe est tantôt rouge, tantôt il est plus ou moins pâle; parfois il est fluide, tandis qu'ailleurs il est en caillots; enfin, il sort pur ou bien mélangé à diverses substances solides, liquides ou gazeuses. Sa quantité varie depuis quelques gouttes jusqu'à 6 ou 8 kilogrammes.

Lorsque l'hémorrhagie a été abondante, lorsque les malades frappés de syncope viennent à reprendre connaissance, on voit se développer plus ou moins rapidement un état de réaction qui a été bien décrit par un excellent observateur, le docteur Marshall Hall de Londres. Cette réaction est caractérisée par la chaleur de la peau, par le développement du pouls, qui devient souvent ample, dur et dicrote; en même temps, l'impulsion du cœur est forte; cet organe est le siége d'un bruit de souffle ou de râpe; la respiration est fréquente; il y a de la soif; les urines sont rouges et rares. Ces phénomènes d'excitation cèdent généralement après douze ou trente-six heures : ils durent rarement plus de deux jours. Lorsque l'hémorrhagie ne se reproduit pas, les malades entrent en convalescence; mais les forces reviennent toujours très lentement. Si, au contraire, l'hémorrhagie a été peu abondante, il y a à peine de convalescence; souvent même la perte de sang est suivie aussitôt d'un grand état de bien-être :

c'est ce qui a lieu, par exemple, dans les cas où l'hémorrhagie est produite par la pléthore (1).

Marche, durée. — La marche des hémorrhagies varie beaucoup. Tantôt elles apparaissent brusquement, et cèdent après quelques minutes de durée ; d'autres fois, elles persistent sans interruption pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, ou même pendant plusieurs mois : enfin, le plus souvent elles se renouvellent après un temps d'arrêt plus ou moins considérable. Lorsque les hémorrhagies se reproduisent ainsi pendant un grand nombre de fois, les sujets deviennent anémiques, et ils éprouvent tous les accidents que nous avons décrits précédemment (voir *Anémie*). Leur sang est remarquable par la diminution des globules : c'est la première et souvent la seule lésion que ce liquide présente ; mais si l'hémorrhagie continue, ou si tout d'abord elle a été excessive, la fibrine et les matériaux solides du sérum diminuent à leur tour ; c'est ce que M. Andral a parfaitement établi dans ses *Recherches d'hématologie*.

Variétés. — Les auteurs admettent plusieurs espèces d'hémorrhagies, eu égard aux conditions dans lesquelles elles se déclarent et aux symptômes généraux qui les accompagnent. Ainsi, on dit que l'hémorrhagie est *active* lorsque, survenant chez un sujet fort et pléthorique, elle est annoncée par les phénomènes propres au *molimen hemorrhagicum*, et qu'elle s'accompagne d'un état de réaction presque fébrile, qui cesse avec l'écoulement sanguin. Le sang qui s'échappe alors est rouge vermeil, concrescible. Cette espèce d'hémorrhagie est en quelque sorte son remède à elle-même ; elle cesse par le seul fait de l'écoulement d'une certaine quantité de sang (Chomel).

Les hémorrhagies *passives* sont celles, au contraire, qui affectent les sujets cachectiques et affaiblis par une cause quelconque ; elles n'ont point de prodromes, ne s'accompagnent d'aucune réaction ; le sang qui s'échappe est séreux, noirâtre, et se coagule difficilement.

On a vu que les hémorrhagies étaient très sujettes à récidiver. Il est des individus chez lesquels elles se produisent ainsi à des intervalles plus ou moins rapprochés, et parfois réguliers. Leur non-apparition aux époques où elles ont coutume de paraître entraîne parfois des accidents plus ou moins graves. On voit donc ici que l'hémorrhagie constitue alors un besoin de l'économie ; c'est une espèce de fonction supplémentaire qu'il faut respecter. On nomme ces hémorrhagies, *constitutionnelles ;* elles ont l'im-

(1) M. Beau vient, dans un travail publié dans les *Archives* (1845), d'émettre des idées qu'on ne saurait accepter. Il prétend, en effet, que ce n'est que dans les premières heures qui suivent une hémorrhagie que le pouls est petit et faible, mais qu'au bout de quelques heures le sang est promptement réparé par l'absorption du liquide des boissons. Alors, dit-il, on voit le pouls prendre plus d'ampleur qu'avant l'hémorrhagie. Son développement est d'autant plus marqué que les émissions se répètent plus souvent. Il ajoute que c'est seulement alors que les bruits artériels se manifestent. M. Beau explique leur développement par la polyémie séreuse qu'il suppose devoir exister. Nous ne saurions admettre aucune de ces propositions, qui nous semblent, en effet, contredites par l'observation journalière.

ortance du flux menstruel. On les observe souvent chez les individus d'une même famille, quoiqu'ils soient parfois de constitution très différente; elles se rapprochent beaucoup des hémorrhagies actives. Lorsqu'elles sont périodiques, elles ont lieu presque toujours par le même organe. D'autres fois, elles se font par un organe différent. Dans ce dernier cas, on dit que l'hémorrhagie est *déviée*, ou qu'elle est *supplémentaire* ou *succédanée*. Enfin, l'hémorrhagie peut être *critique* lorsque, survenant dans le cours d'une maladie, elle est suivie d'un changement avantageux dans l'état du malade.

Diagnostic. — Galien, Solano de Lucques, Fouquet, Bordeu, etc., prétendaient qu'on pouvait prédire la manifestation prochaine d'une hémorrhagie d'après les caractères du pouls; mais il est inutile aujourd'hui de discuter une opinion à laquelle les faits les mieux observés ont donné un démenti formel. Il n'y a d'autres signes pouvant faire soupçonner l'imminence d'une hémorrhagie que ceux que nous avons indiqués précédemment comme caractérisant une hypérémie locale. Lorsque l'hémorrhagie est produite, si elle est externe, il n'y a aucune difficulté d'en constater l'existence : seulement, si le sang exhalé dans un organe profond n'arrive à l'extérieur qu'après avoir traversé de longs conduits, il pourra être difficile de préciser quel a été son point de départ. Si, par contre, l'hémorrhagie est interne, et si elle est un peu abondante, elle sera soupçonnée, parce que les malades éprouveront des frissons, parce que la peau se décolorera et perdra sa chaleur; on notera, enfin, des bâillements, des lipothymies, et cette série de symptômes que nous avons précédemment notés dans les pertes de sang un peu considérables. Mais la plus grande difficulté dans le diagnostic des hémorrhagies consiste à déterminer si celles-ci sont *essentielles* ou bien si elles sont *symptomatiques* : c'est un problème que je m'efforcerai de préciser à l'occasion de chacune des hémorrhagies en particulier. Qu'il me suffise seulement de dire ici d'une manière générale, avec M. le professeur Chomel, qu'à l'exception de l'épistaxis et du flux hémorrhoïdal, toutes les autres hémorrhagies qui ont lieu par les membranes muqueuses sont presque toujours symptomatiques.

Pronostic. — La gravité du pronostic sera surtout calculée d'après le siége de l'hémorrhagie, d'après son abondance, ses récidives, et suivant que la maladie est essentielle ou symptomatique. Chez beaucoup d'individus l'hémorrhagie est utile; mais les cas où elle est nuisible l'emportent de beaucoup. On ne saurait donc, à l'exemple de Stahl, voir dans les hémorrhagies une fonction essentiellement dirigée par une puissance intelligente pour débarrasser l'économie d'un sang surabondant, et qui pourrait plus tard, s'il n'était expulsé à temps, produire les plus graves accidents.

Étiologie. — Il n'est guère de tissu dans l'économie qui ne puisse devenir le siége d'une hémorrhagie. Mais cette maladie se remarque surtout dans les organes et les tissus les plus vasculaires, dans ceux qui ont une trame molle et une texture délicate : c'est là probablement ce qui explique la disposition spéciale qu'ont les membranes muqueuses à être affectées d'hémorrhagies. Celles-ci surviennent à tous les âges; mais l'adolescence

et l'âge mûr sont les périodes auxquelles les pertes de sang sont les plus fréquentes; d'ailleurs, ainsi que nous le verrons, l'âge a la plus grande influence sur la détermination du siége des hémorrhagies. Celles-ci sont en général plus communes chez les femmes que chez les hommes : chez les premières, elles ne sont souvent que supplémentaires du flux menstruel. Les tempéraments sanguin et pléthorique, les sujets nerveux, irritables, sont ceux qui sont les plus prédisposés aux hémorrhagies essentielles. L'hérédité est encore une cause puissante. Il est, en outre, des individus tellement prédisposés aux flux sanguins, qu'ils en éprouvent pour la moindre cause : la plus légère solution de continuité, telle qu'une piqûre de sangsue, donne quelquefois lieu chez eux à un écoulement de sang considérable et interminable. D'autres fois ces hémorrhagies ont lieu par un ou par plusieurs points à la fois, tout à fait spontanément et sans solution de continuité préalable. On a vainement cherché jusqu'à ce jour à saisir la condition organique qui fait que, chez certains individus, le sang transsude ainsi avec autant de facilité. Dirons-nous que chez eux le système capillaire, frappé d'atonie, n'a plus la force de retenir le sang? Ce ne serait là qu'une hypothèse qu'on ne peut vérifier. Ou bien accuserons-nous le sang d'être altéré dans sa composition? La chose me paraîtrait plus probable. Mais en quoi consiste cette altération? Y a-t-il modification dans la texture même des globules, comme tendrait à le faire croire un fait publié il y a peu d'années par M. Tardieu; ou bien doit-on supposer que c'est la fibrine qui existe alors en proportion moins considérable? Nous l'ignorons encore. Il est pourtant incontestable, ainsi que M. Andral l'a démontré, que la défibrination du sang devient, dans un grand nombre de cas, la cause ou du moins la lésion concomitante de beaucoup d'écoulements sanguins ayant un caractère passif : aussi c'est dans les maladies où l'on observe surtout la destruction de la fibrine qu'on remarque le plus grand nombre d'hémorrhagies passives. C'est ce que nous avons vu précédemment dans les pyrexies, surtout dans la fièvre typhoïde et la fièvre jaune, dans la variole et dans la scarlatine. L'influence de la défibrination du sang sur la production des hémorrhagies a d'ailleurs été démontrée expérimentalement par M. Magendie. Toutes les substances virulentes, putrides, miasmatiques ou autres, qui, introduites dans le sang, ont pour effet de le rendre moins coagulable, de le liquéfier, sont donc des causes puissantes d'hémorrhagies. Les perturbations profondes du système nerveux peuvent peut-être produire le même effet; mais il n'y a encore à ce sujet rien de bien établi. L'état opposé, c'est-à-dire un sang riche en globules, tel qu'on le trouve dans la pléthore, est aussi une cause d'hémorrhagies; mais celles-ci ont toujours alors le caractère sthénique. La plupart des hémorrhagies constitutionnelles coïncident probablement avec cet état du sang; mais on commettrait une grave erreur si on croyait que toutes les hémorrhagies actives tiennent à l'augmentation des globules, car il en est beaucoup où cette altération n'existe pas ou n'est pas probable : telles sont, par exemple, les hémorrhagies qui surviennent par suite de l'impulsion trop vive imprimée à la circulation par un cœur hypertrophié,

ou bien encore celles qui résultent de l'exposition à un froid trop intense ou à une chaleur trop vive, ou bien à des variations brusques dans la température et dans la pression atmosphérique. Ce sont des conditions générales climatériques qui expliquent pourquoi de temps en temps certaines hémorrhagies règnent épidémiquement, comme on le vit en 1699 à Breslaw, ou même endémiquement, comme cela paraît être pour l'hématurie dans notre ancienne colonie de l'Ile-de-France. La défibrination et l'état de liquéfaction du sang ne peuvent pourtant rendre compte non plus de toutes les hémorrhagies passives; beaucoup d'entre elles, en effet, tiennent à des causes toutes locales : telles sont, par exemple, celles qui sont produites par un obstacle à la circulation, que cet obstacle réside dans le cœur, dans les artères, et surtout dans les veines; telles sont encore ces hémorrhagies foudroyantes survenant après l'accouchement, lorsque l'utérus, frappé d'atonie, laisse béantes les ouvertures des vaisseaux, etc. Reconnaissons, enfin, qu'il y a des hémorrhagies du caractère de celles qu'on nomme symptomatiques, produites manifestement par la lésion matérielle d'un solide, sans qu'on puisse déterminer comment celle-ci agit pour provoquer l'hémorrhagie. C'est ainsi qu'il est impossible de démontrer comment quelques tubercules crus dans les poumons, ou un squirrhe très limité de l'estomac ou de l'utérus, agissent pour produire des hémorrhagies très abondantes, et qui parfois deviennent très opiniâtres, Supposer qu'il y a ici rupture d'un vaisseau, c'est émettre une opinion qui est contredite par l'anatomie pathologique. Je ne veux parler que de la première période des lésions organiques; car plus tard, lorsque les produits accidentels se sont ramollis et ulcérés, on trouve quelquefois dans la destruction d'un vaisseau la cause matérielle des hémorrhagies qu'on a observées pendant la vie.

Traitement. — Il est rare qu'il faille respecter une hémorrhagie, et à plus forte raison l'exciter; ce sont là d'ailleurs des faits exceptionnels que nous ferons connaître plus tard. Dans la presque totalité des cas, l'hémorrhagie constitue donc une maladie qu'il faut activement traiter; car les temps ne sont plus où, à l'exemple de Stahl, les médecins croyaient qu'il fallait généralement favoriser les hémorrhagies, les exciter quelquefois, et ne jamais les supprimer, à moins qu'elles ne fussent portées à un degré considérable, ou qu'elles ne survinssent dans des parties où elles pouvaient être dangereuses. Le traitement des hémorrhagies varie beaucoup suivant leur nature, suivant leur siége et les causes qui les ont provoquées. Si l'hémorrhagie est active et peu abondante, il faudra se borner à prescrire le repos du corps et de l'esprit, le séjour dans une température douce; enfin on éloignera toutes les causes capables de faire affluer le sang vers l'organe par lequel l'hémorrhagie a lieu. Cependant, lorsque l'écoulement se fait par un organe important, lorsqu'il existe en même temps tous les signes d'un état pléthorique ou d'une forte hypérémie locale, ou bien encore lorsque l'hémorrhagie est très abondante, qu'elle affaiblit les malades, et qu'elle menace de se prolonger longtemps encore, il est alors indiqué de pratiquer une ou plusieurs saignées générales; on soumettra

les malades à la diète, on prescrira des boissons tempérantes, fraîches ou glacées. La phlébotomie est généralement préférable aux saignées locales, dont les effets sont plus lents. On a encore conseillé, dans les cas dont je parle, la digitale, dans le but de modérer les battements du cœur, les purgatifs et les révulsifs cutanés, ainsi que les diurétiques, afin d'opérer une dérivation dans l'état fluxionnaire, pourvu cependant qu'il n'existe aucune contre-indication à leur emploi. Les moyens dont je parle m'ont paru généralement utiles. Afin de modérer l'afflux du sang vers les organes, on a encore préconisé les ligatures aux membres et la compression des artères. Enfin, lorsque l'hémorrhagie se prolonge, on aura recours à l'application locale du froid, et si l'état des parties le permet, à la compression et au tamponnement. Dans les hémorrhagies très rebelles et qui s'accompagnent d'une grande débilité, comme dans celles qui sont primitivement passives, on devra en outre recourir à l'emploi des médicaments auxquels on a reconnu des propriétés hémostatiques; tels sont en particulier les astringents, soit qu'on les applique sur l'organe d'où vient l'hémorrhagie, soit qu'on les administre à l'intérieur. On aura principalement recours, dans ces cas, à l'usage de la limonade sulfurique, à la décoction de noix de galle, d'écorce de chêne, de grenade, de cachou, aux préparations de fer, de cuivre, de plomb, à la poudre de sang-dragon, et surtout à l'extrait de ratanhia. Les médecins italiens ont beaucoup préconisé l'ergot de seigle, non seulement dans les métrorrhagies, mais encore dans toutes les autres hémorrhagies; ils l'ont regardé comme un puissant hémostatique, et ils ont conseillé de l'administrer même dans les cas d'hémorrhagies actives; mais la pratique ne justifie pas cette opinion. Enfin, lorsque, nonobstant les moyens précédents, les hémorrhagies se prolongent, il est souvent utile d'établir un point permanent de suppuration à l'aide d'un vésicatoire ou d'un cautère qu'on place dans un lieu plus ou moins éloigné.

Lorsqu'une syncope survient dans le cours d'une hémorrhagie grave, il est souvent utile de la respecter; car l'hémorrhagie cesse fréquemment pendant sa durée : beaucoup de blessés abandonnés sur le champ de bataille lui ont dû leur salut.

Dans l'intervalle des hémorrhagies passives, on prescrira un régime tonique et l'usage des ferrugineux, qui sont les moyens les plus puissants pour en prévenir le retour. Une hémorrhagie constitutionnelle doit être respectée : cependant, quand elle est trop abondante, il faut la modérer. Si elle a lieu par un organe important, on tâchera de la déplacer, en produisant périodiquement vers un autre point un mouvement fluxionnaire. Enfin, lorsque l'hémorrhagie est supplémentaire, il y aura presque toujours avantage à rappeler l'ancienne hémorrhagie.

Il est presque inutile de dire que, dans les hémorrhagies, il peut se présenter souvent diverses indications qu'il est utile de remplir. Ainsi, y a-t-il embarras gastrique et intestinal, on administrera les évacuants; car il a souvent suffi de remplir cette indication pour voir cesser des hémorrhagies rebelles : on a supposé alors que celles-ci devaient être symptoma-

tiques du trouble des organes digestifs. De même, si l'hémorrhagie coïncide avec une fièvre intermittente, ou bien si en se renouvelant d'une manière périodique, elle constitue une forme de fièvre larvée, on administrera les antipériodiques. Lorsqu'elle s'accompagne de douleurs vives, on ne doit pas hésiter de donner l'opium. Ainsi Young et Dumas ont démontré l'utilité de ce remède dans les pertes utérines; Hoffmann et Bennet dans les hémoptysies douloureuses. Enfin, lorsque l'hémorrhagie a été tellement abondante que les individus n'ont plus dans leurs vaisseaux la quantité de sang nécessaire pour entretenir la vie, lorsque la syncope se prolonge, et que les malades sont sur le point d'expirer, je crois qu'on ne doit pas hésiter à pratiquer la transfusion. En agissant ainsi, on s'expose à faire une opération inutile dans un cas désespéré, mais on a la chance, bien faible il est vrai, de rappeler quelques individus à la vie. Je crois que les faits favorables à la transfusion, rapportés par quelques médecins anglais, nos contemporains, spécialement par Blundell et Brown, nous autorisent, et je dirai presque nous ordonnent de ne pas la différer dans les cas où, tous les autres moyens ayant échoué, la mort est devenue imminente.

DE L'ÉPISTAXIS.

Synonymie. — Saignement de nez, hémorrhagie nasale, rhinorrhagie; *stillicidium* ou *stillatio sanguinis à naribus*, etc.

On nomme *épistaxis* l'hémorrhagie qui se fait à la surface de la membrane pituitaire.

Symptômes, *marche*, *durée*, *terminaisons*. — Les épistaxis sont souvent annoncées par des prodromes tels que céphalalgie, pesanteur de tête, rougeur de la face, sentiment de tension, de sécheresse et de prurit dans le nez, parfois malaise général. Ces phénomènes précurseurs ne durent le plus souvent qu'une ou plusieurs heures, quelquefois ils se prolongent pendant un, deux ou trois jours, puis l'hémorrhagie apparaît. Elle a rarement lieu par les deux narines à la fois. Le sang sort par gouttes qui se succèdent plus ou moins vite; dans quelques cas même ce liquide s'échappe par jet ou par un petit filet continu. En renversant la tête en arrière, on dit qu'on découvre souvent le point de la pituitaire qui fournit l'hémorrhagie, mais la chose me paraît à peu près impossible, et on le devine facilement. Le sang est, en général, rouge et concrescible; c'est probablement ce qui a fait dire à Ettmuller qu'il était artériel. Si le malade est assis, le liquide s'écoule par les narines antérieures; s'il est couché, le sang flue par les narines postérieures, sur la paroi correspondante du pharynx; puis une partie est rejetée par expuition, tandis que l'autre est avalée et portée dans l'estomac. Lorsque l'hémorrhagie est très abondante, le sang peut s'écouler à la fois et par les narines antérieures et par les postérieures. La durée de l'hémorrhagie varie depuis quelques minutes jusqu'à vingt-quatre heures, et la quantité de sang perdue, qui n'est le plus souvent que de 30 à 60 grammes, a pu s'élever dans l'espace de trente-

six heures jusqu'à 9 kilogrammes (Rhodius). En général, l'hémorrhagie cesse peu à peu ; à mesure que l'écoulement se ralentit, le sang se concrète dans la narine ; le caillot, alors comprimant souvent la portion de muqueuse qui fournit l'hémorrhagie, devient ainsi un moyen hémostatique : aussi suffit-il souvent de le détacher ou de le déplacer par le toucher, ou bien par l'action de se moucher ou d'éternuer, pour reproduire tout aussitôt l'hémorrhagie ; celle-ci récidive, d'ailleurs, spontanément avec la plus grande facilité. Les retours de l'épistaxis ont lieu très irrégulièrement ; parfois ils sont périodiques, et peuvent constituer de véritables accès de fièvre larvée. En général, l'épistaxis a pour effet immédiat la cessation de la pesanteur de tête et de tous les troubles qui existaient pendant les prodromes. Lorsqu'elles sont copieuses ou trop fréquentes, elles peuvent produire, comme toutes les hémorrhagies, un état anémique ; mais cela a rarement lieu.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'épistaxis ne présente quelque difficulté que dans les cas où le sang exhalé en petite quantité s'échappe par les narines postérieures ; car, rejeté ensuite par expuition, il pourrait faire croire à une hémoptysie ; ou bien, porté dans l'estomac et expulsé plus tard par les vomissements ou par les selles, il pourrait faire supposer qu'il a été fourni par quelques points des organes digestifs : c'est ce que je discuterai plus tard.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque l'épistaxis est très abondante, ou lorsqu'elle survient chez des sujets déjà très débilités. Cette hémorrhagie est souvent critique : elle est parfois supplémentaire, et dans l'un et l'autre cas il convient de la respecter, si elle n'est pas trop forte.

Étiologie. — Les épistaxis affectent surtout les enfants, à dater de leur dixième année, ainsi que les adolescents. Les sujets du sexe masculin y sont certainement plus prédisposés : la pléthore, un tempérament sanguin ou sanguin-lymphatique, les variations atmosphériques, les températures extrêmes, mais la chaleur surtout et une disposition héréditaire spéciale, y prédisposent ; elles succèdent souvent à une contusion du nez, à l'excitation de la pituitaire par un corps étranger. Les efforts, les éternuements violents, les quintes de coqueluche, ont le même résultat. Les épistaxis peuvent encore être symptomatiques de diverses altérations des fosses nasales, telles que les ulcérations, les polypes ; on a dit aussi, mais sans le prouver, qu'elles étaient communes dans les maladies encéphaliques et dans les engorgements des viscères abdominaux. On les observe fréquemment au début des fièvres éruptives et dans la première période des fièvres typhoïdes ; enfin elles affectent souvent les sujets épuisés, cachectiques ; elles sont alors assez communément symptomatiques d'une altération du sang.

Traitement. — La plupart des épistaxis s'arrêtent par le repos. Si elles sont assez graves pour exiger un traitement, on se conformera aux préceptes que j'ai précédemment tracés : je ne dois indiquer ici que ce qui est spécial à cette hémorrhagie. Lorsqu'on reconnaît la nécessité d'arrêter promptement l'épistaxis, il suffit parfois, si le sang provient d'un point voisin de la narine antérieure, d'introduire le doigt ou un bourdonnet de

charpie pour suspendre aussitôt l'hémorrhagie. Ordinairement on applique des linges froids autour de la tête ; mais il est préférable de mettre les corps froids sur des parties où leur contact peut produire un ébranlement de tout l'organisme, ce qui a souvent pour effet la suspension immédiate de l'hémorrhagie. C'est ainsi qu'agissent les applications froides dans le dos, sur les bourses (Fernel), et les lavements froids (Sydenham). En général, il sera utile de surprendre les malades et de leur appliquer le froid au moment même où ils s'y attendent le moins. Si ces moyens sont inutiles, on injectera une liqueur styptique dans les fosses nasales, ou bien on portera dans ces cavités des tentes, des bourdonnets imbibés des mêmes liquides : ceux-ci consisteront en une solution de sulfate de cuivre, de zinc, d'acétate de plomb, ou bien ce sera une décoction de tannin ou de noix de galle. Cependant, avant de faire tout ce que je viens d'indiquer, il est convenable d'essayer du moyen fort simple proposé par le docteur Négrier, qui consiste à élever brusquement le bras correspondant à la narine d'où le sang s'écoule et à le maintenir quelque temps dans cette position. Cette manœuvre que j'ai toujours employée en vain a constamment suffi à l'habile médecin d'Angers pour arrêter toutes les hémorrhagies nasales qu'il a observées depuis plusieurs années. Si tous ces moyens échouent, et s'il y a danger ou inconvénient grave à laisser l'hémorrhagie se prolonger, on pratiquera le double tamponnement des fosses nasales. Si on n'avait pas les instruments nécessaires, on pourrait se servir, d'après les conseils de MM. Lay et Calvy (de Toulon), d'un cylindre d'éponge préparée de longueur et d'épaisseur convenables, qu'on infléchit en forme de sonde, et qu'on introduit jusqu'à l'orifice postérieur. On pourrait sans inconvénients remplacer l'éponge par un cône d'amadou, ainsi que M. le docteur Morand l'a conseillé dans une des séances de la Société médicale d'Indre-et-Loire.

Il est des épistaxis chroniques qui se renouvellent à de courts intervalles et qui semblent ne récidiver si souvent que par une sorte d'habitude morbide de la pituitaire, dont les capillaires ont pris parfois un développement presque variqueux. Il faut dans ces cas essayer de modifier la surface de cette membrane en faisant priser au malade une poudre astringente, telle que de l'alun mêlé à portion égale de magnésie, ou bien la poudre de bistorte; on a encore conseillé, dans ces cas, souvent avec avantage, l'usage du tabac; enfin, si le point altéré de la membrane était très accessible, on devrait en modifier la vitalité en la touchant avec un crayon de nitrate d'argent.

DE L'HÉMOPTYSIE.

SYNONYMIE. — Crachement de sang, pneumorrhagie, broncho-hémorrhagie; *sanguinis sputum* (de *αἷμα, sang*, et *πτύω, cracher*).

Le mot *hémoptysie* sert à désigner les hémorrhagies de la membrane muqueuse des voies aériennes depuis le larynx jusque dans les dernières ramifications des bronches.

L'hémoptysie est une des hémorrhagies qu'on a le plus fréquemment oc-

casion d'observer. On peut établir pour cette maladie toutes les divisions que nous avons admises précédemment dans les hémorrhagies en général. Cependant il nous importe d'annoncer d'abord la rareté extrême des hémoptysies essentielles, rareté telle que quelques auteurs en ont même contesté l'existence. Cette opinion est sans contredit trop exclusive ; néanmoins il est incontestable que dans la presque totalité des cas, les hémoptysies, celles du moins qui offrent une certaine abondance, sont symptomatiques d'une maladie organique du poumon ou d'un organe voisin tels que l'aorte ou le cœur.

Anatomie pathologique. — D'après ce que je viens de dire, il est évident qu'à l'autopsie des sujets morts pendant la durée d'une hémoptysie, on trouvera une ou plusieurs des diverses lésions organiques dont l'hémorrhagie est le symptôme ordinaire. Ainsi dans quelques cas on reconnaît que l'hémoptysie a succédé à l'ouverture d'un vaisseau plus ou moins volumineux, tel que l'aorte anévrismatique, et plus souvent encore d'un vaisseau du poumon lui-même, lorsque, situé autour de tubercules ou d'une gangrène, il est envahi par la maladie avant d'être oblitéré. Pour découvrir la perforation dans ce cas, il est souvent nécessaire de pousser une injection et d'examiner le poumon sous l'eau ; mais ces faits sont excessivement rares, car les vaisseaux qui avoisinent les tubercules, les cavernes ou les points gangréneux, s'oblitèrent presque toujours par suite d'une inflammation adhésive : aussi on peut établir que dans toutes les hémoptysies essentielles et dans la presque totalité de celles qui sont symptomatiques, le sang est simplement exhalé par la membrane muqueuse. On trouve parfois celle-ci partiellement injectée ou ecchymosée ; d'autres fois, au contraire, elle est pâle et décolorée. L'inspection cadavérique prouve en outre que dans la plupart des cas l'exhalation sanguine n'a lieu que dans un seul poumon.

Symptômes. — La plupart des hémoptysies sont précédées d'un état de malaise général, avec sentiment d'oppression et de chaleur dans la poitrine. Il y a de la dyspnée, une toux sèche, des palpitations, une saveur salée ou un goût de sang, des horripilations, et un refroidissement notable des extrémités. Ces accidents peuvent précéder l'hémorrhagie de quelques heures ou de plusieurs jours : cependant il n'est pas très rare de voir la maladie débuter brusquement sans être annoncée par aucun trouble. Dans ces cas, les individus, obéissant au besoin de tousser, rejettent avec étonnement et souvent avec effroi une plus ou moins grande quantité de sang. Le plus souvent c'est à cause de la toux qu'il provoque que le sang exhalé dans les bronches en est expulsé suivant le même mécanisme que les mucosités. Mais si le liquide est tout à coup exhalé en plus grande abondance, il s'oppose au passage de l'air, et produit la plus grande anxiété : aussi voit-on alors par une sorte d'instinct de conservation les muscles expirateurs se contracter avec force, et, comprimant le poumon de toutes parts, forcer le sang à s'échapper au dehors, par flot, et simultanément par la bouche et les narines. Dans quelques uns de ces cas, le chatouillement que le sang provoque en traversant le pharynx excite des efforts de vomissement ; quelquefois même celui-ci a lieu, et les matières contenues dans l'estomac

sortent mêlées au sang. Enfin, lorsque le liquide est exhalé très lentement, et qu'il est en quantité peu considérable, il arrive peu à peu dans le pharynx sans exciter la toux, et il est ensuite rejeté par un simple mouvement d'expuition. Le sang provenant ainsi de la poitrine est presque toujours d'un rouge vermeil et écumeux, à cause de son mélange intime avec l'air. Cependant, lorsqu'avant d'être rendu il séjourne pendant plusieurs heures dans les bronches, il prend souvent une couleur d'un noir foncé. La quantité de sang rejetée par les malades varie beaucoup : elle est communément de 100 à 125 grammes ; toutefois il en est qui ne rendent que deux ou trois crachats de sang, tantôt pur, tantôt mêlé à du mucus ; d'autres, au contraire, perdent jusqu'à plusieurs kilogrammes de sang en quelques heures. Ainsi Laënnec a vu un jeune homme en rejeter 5 kilogrammes dans l'espace de quarante-huit heures, et J. Frank a cité des faits où la perte de sang fut de 6 et même de 14 kilogrammes en trois heures seulement. Mais ces cas, presque toujours mortels, sont heureusement très rares.

Chez les sujets atteints d'hémoptysie simple, la poitrine reste aussi sonore que de coutume ; mais l'auscultation indique parfois que le bruit respiratoire est moins ample et moins pur ; plus souvent encore on distingue dans les deux temps de la respiration un râle muqueux à bulles très humides et très grosses, ayant son maximum d'abondance à la racine des bronches, mais pouvant aussi exister ailleurs et sur une très grande surface. L'hémoptysie, lorsqu'elle est grave, s'accompagne en outre des symptômes généraux qu'on remarque dans toutes les hémorrhagies un peu abondantes. Cependant on rencontre assez souvent des individus qui, quoiqu'ils n'aient rejeté que deux ou trois crachats sanglants, sont pris néanmoins de frissons, de pâleur, de refroidissement, d'un grand accablement, et même de perte absolue de connaissance. Mais ces accidents ne surviennent guère que par suite de la frayeur que la vue du sang inspire à beaucoup de malades, surtout lorsque ce liquide leur paraît venir de la poitrine.

Marche, durée, terminaisons. — L'hémoptysie a une marche extrêmement variable : ainsi on voit des individus éprouver tout à coup une hémoptysie très abondante, qui cesse définitivement peu d'heures après. Chez d'autres, l'hémorrhagie se reproduit à quelques jours d'intervalle, et peut ainsi se prolonger avec ces mêmes intermittences pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Enfin, dans la plupart des cas, le crachement de sang, après avoir été plus ou moins abondant pendant quelques heures seulement, diminue ensuite spontanément ; le sang rejeté finit par être tout à fait noirâtre, et au bout de deux ou trois jours, les malades ne rendent plus que quelques crachats entièrement muqueux. Toutefois, malgré la cessation de l'hémorrhagie, on voit souvent la dyspnée, la toux, la chaleur de poitrine, persister encore pendant longtemps.

L'hémorrhagie pulmonaire peut tuer en quelques instants ; et cette terminaison, qui d'ailleurs est fort rare, a lieu bien moins par suite de la perte du sang que parce que ce liquide, se trouvant en grande quantité dans les bronches, les obstrue, s'oppose à l'entrée de l'air, et produit ainsi la mort

par asphyxie. Il est rare qu'une hémoptysie ne récidive pas après un temps plus ou moins long. Les intervalles qui séparent les diverses attaques sont le plus souvent irréguliers, à moins pourtant que l'hémorrhagie ne soit supplémentaire des règles; dans ces cas, elle peut revenir aussi périodiquement que le flux menstruel qu'elle remplace ou qu'elle supplée. Beaucoup d'individus se rétablissent complétement; un grand nombre gardent une santé chancelante, surtout si l'hémoptysie se reproduit de temps en temps; enfin presque tous finissent tôt ou tard par mourir phthisiques.

Formes. — L'hémoptysie peut être *active* ou *passive*. On a décrit aussi des hémoptysies *constitutionnelles*; mais la plupart des faits de ce genre me semblent devoir être considérés comme des exemples de phthisies lentes ou de phthisies guéries. Les exemples d'hémoptysies succédanées sont, au contraire, bien avérés. Les deux faits les plus remarquables sont ceux rapportés par Brieude, dans l'*Encyclopédie méthodique*, et par Pinel. Le premier parle d'une femme âgée de soixante ans, qui n'avait eu qu'une seule fois ses règles par les voies ordinaires; une hémoptysie les avait constamment remplacées. Pinel a également vu à la Salpêtrière une femme chez laquelle les règles, s'étant brusquement supprimées, furent remplacées pendant quarante-deux ans par une hémoptysie très abondante, précédée elle-même de tous les prodromes de l'éruption menstruelle. L'hémoptysie a paru aussi, dans quelques cas très rares, être une forme de fièvre larvée, qui a cédé aux antipériodiques; d'autres fois elle était manifestement sous l'influence d'un état bilieux. Ainsi, Stoll, pendant les constitutions de 1777 et 1778, et Finke, dans l'épidémie du Mecklembourg, ont vu des hémoptysies qui se compliquaient de l'appareil symptomatique de l'embarras gastrique, et il leur a suffi alors d'administrer les évacuants pour triompher à la fois et de l'hémorrhagie et des troubles digestifs.

Diagnostic. — Dans le diagnostic de l'hémoptysie, il s'agit de déterminer : 1° si le sang rejeté est réellement fourni par les voies aériennes; 2° quel est le point de la muqueuse respiratoire où il a été exhalé; 3° enfin si l'hémorrhagie est essentielle ou si elle est symptomatique.

Le sang rendu par la bouche peut provenir de cette cavité même, ou bien il arrive de l'estomac, de la poitrine ou des fosses nasales.

Nous dirons bientôt les signes à l'aide desquels on pourra distinguer l'une de l'autre l'hémoptysie et l'hématémèse. La simple inspection des parties fera reconnaître facilement lorsque le sang est fourni par les gencives: ce liquide d'ailleurs est alors noirâtre, et si parfois il est rouge, il n'a pas du moins la couleur vermeille, et n'est pas spumeux comme le sang qui est exhalé dans les poumons. Enfin, dans les épistaxis peu abondantes, lorsque le sang ne s'échappe que par les narines postérieures, et lorsque, arrivé dans le pharynx, il est ensuite rejeté par expuition, on pourrait croire souvent à l'existence d'une hémoptysie. Mais dans le cas que je suppose ici le sang est noirâtre, non aéré; il n'existe du côté du thorax aucun des signes propres aux hémoptysies, et l'inspection de la gorge fait reconnaître sur le pharynx quelques caillots noirâtres. Enfin, dans la plupart

des cas, l'examen des narines antérieures permet de constater dans ces parties des taches de sang, ou bien les malades, en se mouchant, rendent des caillots semblables à ceux qu'ils rejettent par expuition. Toutes ces circonstances réunies fixeront suffisamment le diagnostic. Quant à déterminer quel est le point de la muqueuse aérienne qui a exhalé le sang, la chose me semble à peu près impossible à préciser : aussi la distinction qu'on a faite des hémoptysies en *laryngée*, *trachéale* et *bronchique*, ne me paraît nullement fondée d'après l'observation. Un des points les plus importants du diagnostic est d'établir si l'hémoptysie est idiopathique ou si elle est symptomatique. On y parviendra par une exploration attentive des organes thoraciques et en ayant égard à l'état général du sujet. Lorsque l'hémoptysie résulte de la rupture d'un anévrisme, le diagnostic devient à peu près inutile, parce que la mort est presque instantanée. Si l'hémorrhagie se lie à la présence des tubercules, ceux-ci seront tantôt ramollis, et, dans ce cas, le diagnostic ne peut présenter aucune difficulté, ou bien ils sont simplement à l'état miliaire, et alors on ne peut avoir que des présomptions; c'est aux commémoratifs, et surtout aux phénomènes ultérieurs, à fixer définitivement l'opinion du médecin.

Pronostic. — L'hémoptysie est une maladie toujours grave, moins par elle-même que parce qu'elle est le plus souvent le symptôme d'affections organiques presque toujours incurables. Une hémoptysie succédanée, celle qui survient sous l'influence d'une violence extérieure; celle qui, beaucoup plus rare, forme la crise d'une maladie grave, n'offrent généralement aucun danger. Mais ces faits sont exceptionnels, et nous croyons que l'existence d'une hémoptysie doit toujours exciter au plus haut degré la sollicitude du médecin; car presque tous les sujets qui ont eu cet accident meurent tôt ou tard phthisiques : non, comme on l'a cru pendant longtemps, que l'hémoptysie soit la cause des tubercules, mais bien parce que l'hémorrhagie ne survient qu'en raison de la présence de ces produits morbides. Lorsque l'hémoptysie se renouvelle fréquemment, et qu'elle paraît être constitutionnelle, il ne faudrait pas être complétement rassuré sur la cause qui la produit; car on voit souvent ces individus engendrer des enfants qui tous deviennent phthisiques, et eux-mêmes, mourant à un âge avancé d'une maladie étrangère aux poumons, présentent néanmoins presque toujours dans ces organes des tubercules crus ou à l'état crétacé : c'est un fait que d'autres ont déjà constaté avant moi.

Étiologie. — On ne possède aucun exemple d'hémoptysie chez les très jeunes enfants; cela dépend peut-être de ce qu'ils n'expectorent pas, et qu'ils avalent leurs crachats. Cette hémorrhagie est surtout commune de quinze à trente-cinq ans. Elle affecte les femmes un peu plus que les hommes. Le tempérament sanguin, une constitution faible, irritable, une disposition héréditaire, y prédisposent. Toutes les professions qui forcent ceux qui les excercent à tenir la poitrine inclinée sur le ventre, et à exercer une compression qui gêne la circulation, tels que les tailleurs, les cordonniers, les rémouleurs, ont été regardées, et cela sans preuves suffisantes, comme des circonstances prédisposantes de l'hémoptysie. Parmi les causes

occasionnelles, nous citerons, comme étant les plus fréquentes, les efforts violents, la fatigue des organes de la respiration, comme dans l'action de crier, de chanter ou de jouer des instruments à vent, les contusions du thorax et les plaies pénétrantes, l'inspiration de vapeurs irritantes, une diminution considérable et subite dans la pression atmosphérique. Enfin j'ai cité plus loin les maladies du cœur et des gros vaisseaux, et surtout les tubercules pulmonaires qui sont les causes de presque toutes les hémoptysies qu'on observe. Des auteurs, comme Stoll, Zimmermann, ont aussi prétendu que l'hémorrhagie pulmonaire pouvait être symptomatique de diverses lésions abdominales, ou de la présence d'entozoaires dans le tube digestif; mais les faits rapportés par ces auteurs ne sont point concluants, et personne après eux que je sache n'en a rapporté aucun qui puisse justifier leur opinion.

Traitement. — Lorsqu'on est appelé près d'un individu qui crache du sang, il faut d'abord calmer son moral et le rassurer sur l'issue de sa maladie. On lui fait prendre une position demi-assise; on lui enlève tous les vêtements qui pourraient comprimer le thorax; on l'engage à rester immobile, à observer le silence le plus absolu et à résister le plus possible au besoin de tousser. Pour peu que l'hémorrhagie soit forte, il convient d'ouvrir la veine une ou même plusieurs fois. Il est encore indiqué de tirer du sang, alors même que la face est décolorée, que les extrémités sont froides, que le pouls est petit, pourvu d'ailleurs que le sujet soit vigoureux ou que la quantité de sang perdue n'ait pas été excessive. Si le malade était débile, on remplacerait la phlébotomie par quelques sangsues appliquées à l'anus. Dans tous les cas, il faut promener des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs, des ventouses sèches sur ces mêmes parties, sur l'abdomen et même à la base du thorax; on pourra aussi entourer les membres de ligatures. A ces moyens, on joindra l'usage de boissons fraîches. Lorsque, malgré tout cela, l'hémoptysie se prolonge, on donnera à l'intérieur des boissons acidules et glacées; on doit aussi appliquer de la glace sur la poitrine, mais on ne doit recourir à ce moyen que prudemment, et lorsque les autres remèdes ont échoué; on pourra même, d'après le conseil de Mertens, mettre un large vésicatoire entre les épaules; enfin on aura recours aux astringents, et surtout à l'extrait de ratanhia, à la dose de 4, 8 ou 12 grammes, en poudre, en pilules, ou mieux encore suspendu dans une potion gommeuse. Ce remède me semble bien préférable à l'alun, à la gomme kino, à l'acétate de plomb, au sulfate de fer, à l'extrait de monésia (1 gramme par jour) et même au tannin, qu'un médecin distingué, M. A. Latour, a préconisé contre l'hémoptysie (tannin 10 centigrammes, gomme arabique 40 centigrammes pour 4 pilules à prendre de trois en trois heures). On a aussi vanté le nitrate de potasse et la digitale, soit comme diurétiques, soit comme sédatifs, sans que l'efficacité de ces agents ait été suffisamment constatée. J'ai, d'après Sydenham, souvent donné des purgatifs; mais ces moyens ne m'ont paru être ni utiles ni nuisibles. Enfin l'opium, sans effet contre l'hémorrhagie, sera néanmoins administré avec avantage pour modérer les

quintes de toux ou pour calmer les douleurs. Tout ce que je viens de dire s'applique aussi bien aux hémoptysies idiopathiques qu'à celles qui sont symptomatiques. Pour les premières, il est quelques circonstances qui doivent modifier le traitement : tel est le cas où l'hémoptysie étant succédanée des règles, il faut provoquer une fluxion vers l'utérus ; ou bien celui où, l'hémorrhagie s'accompagnant de symptômes bilieux, il faut, d'après le conseil de Stoll et de Finke, se hâter de donner un vomitif. Celui-ci, d'ailleurs, est un moyen perturbateur tout-puissant contre certaines hémoptysies symptomatiques et rebelles à tous les traitements. Les secousses de vomissement n'ont pas ici les effets fâcheux qu'on pourrait redouter en théorie. Le professeur Graves, au lieu de faire vomir, se borne à prescrire l'ipécacuanha à dose seulement nauséeuse, c'est-à-dire qu'il donne 10 centigrammes de ce médicament, qu'il répète trois ou quatre fois à un quart d'heure d'intervalle.

DE LA STOMATORRHAGIE.

La stomatorrhagie est l'hémorrhagie qui a sa source dans la bouche ou dans l'arrière-bouche. Cette maladie est très rarement primitive ou essentielle ; quand elle a ce caractère, on ne l'observe guère qu'à titre d'hémorrhagie supplémentaire chez les femmes au moment de leurs règles ou après la suppression du flux menstruel. Presque toujours la stomatorrhagie est une affection symptomatique d'une défibrination du sang, de l'état fongueux des gencives, de la blessure de la muqueuse buccale, de l'évulsion d'une dent ou d'un carcinome de la langue. La stomatorrhagie, excepté celle qui provient de ces deux dernières causes, et qui, par son abondance, a plusieurs fois compromis la vie des malades, est une affection bénigne et dans laquelle il n'y a le plus généralement qu'un faible écoulement de sang. Celui-ci, lorsqu'il est exhalé lentement dans l'arrière-bouche et que le malade garde habituellement le décubitus dorsal, tombe souvent dans le pharynx et dans l'estomac. Rendu plus tard par le vomissement et dans les selles, ou bien par les secousses de toux qu'il excite, il pourrait faire croire à une hématémèse ou à une hémoptysie ; mais l'inspection de la bouche, préalablement nettoyée par des gargarismes, permettra toujours de découvrir le siége de l'hémorrhagie, et le plus souvent aussi la cause organique qui la produit. Dans tous les cas, on peut s'assurer aisément que le sang provient de l'intérieur de la bouche lorsque, inclinant la tête en avant, on fait cesser la toux et le vomissssment, bien que le flux sanguin continue (P. Frank). Le sang de la stomatorrhagie est rendu par expuition ; il est généralement rouge, non écumeux : il est pur, ou du moins il n'est pas mêlé intimement ni à la salive ni à du mucus.

On opposera à cette hémorrhagie les collutoires froids et astringents ; dans quelques cas d'hémorrhagie survenant par érosion d'un vaisseau, la cautérisation par le fer rouge peut être indiquée. Si le sang, provenant d'une alvéole, ne cessait de fluer malgré l'emploi des styptiques, on de-

vrait exercer une compression directe avec le doigt, ou bien encore en introduisant dans la cavité alvéolaire une boulette de papier mâché imprégnée d'alun ou de colophane, etc.

DE LA GASTRORRHAGIE ET DE L'HÉMATÉMÈSE.

SYNONYMIE. — Vomissement de sang, gastro-hémorrhagie; *vomitus cruentus*, *melæna*, etc.

Le mot *hématémèse*, qui, pris dans un sens rigoureux, signifie vomissement de sang, sert à désigner, dans le langage de la plupart des pathologistes, l'hémorrhagie qui se fait à la surface interne de l'estomac : c'est une maladie à laquelle pourtant le mot de *gastrorrhagie* convient beaucoup mieux.

Anatomie pathologique. — L'estomac contient une quantité de sang plus ou moins considérable ; j'ai vu ce viscère être énormément distendu par un seul caillot noir ; le plus souvent pourtant on ne trouve que des grumeaux noirâtres, ou bien c'est un sang noir, dissous, mêlé à du mucus et à des aliments : il en existe aussi plus ou moins dans le reste du tube digestif. La membrane muqueuse est généralement intacte, ou bien elle offre l'aspect, la coloration, l'injection que nous avons précédemment observés chez les sujets emportés dans le cours d'une hémoptysie. La gastrorrhagie étant presque toujours symptomatique, on trouve communément à l'ouverture des cadavres diverses lésions organiques, telles que des tumeurs anévrismales de l'aorte ou du tronc cœliaque, etc., qui se sont rompues dans l'estomac ; d'autres fois ce sont des ulcérations qui intéressent à la fois la muqueuse et le tronc ou une des principales ramifications des artères coronaires stomachiques. Le plus souvent l'estomac est le siége d'une tumeur squirrheuse ou d'un cancer ulcéré ; d'autres fois des lésions organiques semblables siégent dans le foie, dans la rate et dans les poumons, comme Bang, Morgagni, J.-P. Frank en rapportent des exemples, et comme nous-même en avons observé plusieurs.

Symptômes, marche, terminaisons. — Chez la plupart des malades, la gastrorrhagie est précédée par un état de malaise et par un dérangement dans les fonctions de l'estomac. De la chaleur ou une douleur à l'épigastre avec sensation de brûlure, des tiraillements lombaires, de l'étouffement, un refroidissement du corps, la pâleur de la face, et des lipothymies annoncent que l'hémorrhagie s'effectue. Bientôt des envies de vomir se font sentir, et le sang est rejeté par la bouche au milieu d'une anxiété et d'un malaise inexprimable : on dit alors qu'il y a *hématémèse*. Souvent, après ce vomissement, les malades se sentent soulagés : cependant ils conservent encore de la pesanteur épigastrique, une soif vive, une saveur désagréable ; le pouls est fréquent, et les malades sont d'une faiblesse extrême et nullement proportionnée à la quantité de sang qu'ils ont perdue. Ce liquide n'a pas toujours le même aspect. Lorsqu'il est rejeté peu après avoir été exhalé, il est d'un rouge plus ou moins artériel, tantôt fluide, tantôt réuni en caillots volumineux. Si, au contraire, il a séjourné pendant quelque temps dans l'estomac, il est d'un noir plus ou moins foncé : dans ce dernier cas, il exhale souvent une odeur aigrelette. Il est rare que les malades rejettent

moins de 312 à 375 grammes de sang ; assez souvent sa quantité s'élève à plus d'un kilogramme et demi : il est alors rendu par flots, tandis que, lorsqu'il est moins abondant, il n'arrive dans la bouche que par régurgitation. Dans l'un et l'autre cas, il est vomi pur ou plus ou moins mélangé avec du mucus, avec des boissons et avec divers aliments. Lorsque l'hémorrhagie est très considérable, indépendamment des symptômes généraux qui accompagnent toute perte de sang un peu forte, on observe, surtout avant que l'hématémèse ait lieu, une tension considérable de l'épigastre, souvent avec matité de cette région. On a prétendu également que quelquefois la rate et le foie étaient augmentés de volume, et que cette tuméfaction cessait après le vomissement ; mais nous n'avons pu encore vérifier la justesse de cette assertion. Il est rare qu'il n'y ait qu'un seul vomissement ; dans la plupart des cas, l'hémorrhagie, après avoir paru s'arrêter pendant plusieurs heures, recommence, et de nouveaux vomissements s'effectuent. Ces alternatives peuvent avoir lieu pendant plusieurs jours : la maladie diminue alors peu à peu, laissant après elle une faiblesse extrême. Cependant tout le sang exhalé dans l'estomac n'est pas vomi, une portion de ce liquide franchit le pylore : aussi, lorsqu'on examine les selles des malades six, douze, vingt-quatre, trente-six ou au plus tard quarante-huit heures après le début de la gastrorrhagie, on trouve qu'elles sont formées en grande partie par une matière pultacée noirâtre, que l'on reconnaît facilement pour être du sang altéré. Les selles noires, qui sont rendues tantôt sans souffrance, tantôt après avoir excité des coliques et un peu de ballonnement du ventre, sont un symptôme que je crois presque constant ; il manque, en effet, bien plus rarement que le vomissement lui-même. Dans les cas de gastrorrhagie sans hématémèse, on observe, comme précédemment, les mêmes douleurs, la même chaleur à l'épigastre, de la soif, des frissons et des lipothymies, phénomènes qui devront faire soupçonner la nature de l'affection, surtout si le malade a déjà eu antérieurement des hématémèses ; mais on n'acquiert de certitude à cet égard que le lendemain, lorsque du sang est trouvé dans les selles.

L'hémorrhagie de l'estomac peut tuer rapidement après un ou plusieurs vomissements. Quelquefois la mort arrive inopinément, et sans qu'on puisse en soupçonner la cause ; mais, à l'autopsie, on trouve pour l'expliquer que l'organe est énormément distendu par un caillot sanguin, moulé exactement sur sa face interne. J'ai observé un fait de ce genre ; P. Frank en a également rapporté un exemple, et on en trouve un troisième dans les *Bulletins de la Société anatomique* (année 1833).

Dans la plupart des cas pourtant, les malades se rétablissent ; mais leur convalescence est longue ; car l'hématémèse est, comme je l'ai déjà dit, de toutes les hémorrhagies celle qui brise le plus les forces. Ajoutez, en outre, que le trouble des organes digestifs, qui leur succède fréquemment, tend à prolonger la faiblesse en empêchant l'alimentation. Je suppose ici que l'hémorrhagie est idiopathique ; mais lorsqu'elle est symptomatique, le rétablissement des malades n'a pas lieu si l'affection qui a produit l'hémorrhagie est incurable. Dans ce cas, on voit souvent celle-ci

se renouveler de temps en temps; elle suit alors une marche chronique. C'est à cette forme qu'il faut rapporter ce que les anciens appelaient *morbus niger* ou *melæna*, accident que je ferai connaître plus complétement lorsque je traiterai du cancer de l'estomac.

Diagnostic. — La gastrorrhagie dans laquelle le sang n'est pas vomi pourrait être facilement méconnue; cependant, dans la plupart des cas, à mesure que l'exhalation sanguine s'effectue, on observe la pâleur de la face, le refroidissement du corps, le malaise et les lipothymies, qui indiquent qu'une hémorrhagie se produit quelque part. Si, en interrogeant alors les malades, on apprend que ces accidents coïncident avec de la chaleur, avec de la douleur et de la pesanteur à l'épigastre, il sera rationnel de *soupçonner* que c'est dans l'estomac que l'hémorrhagie s'est faite. L'inspection des selles mélaniques peut seule, à défaut des vomissements, faire établir le diagnostic, mais cela d'une manière moins précise.

L'hématémèse peut être confondue avec une hémoptysie. J'ai dit, en effet, précédemment, en parlant de cette dernière, que le sang, en arrivant dans le pharynx, excitait parfois des efforts de vomissement, de manière à faire croire que le sang provenait de l'estomac lui-même. Ce qui souvent vient encore augmenter l'incertitude, c'est qu'une certaine quantité de sang ayant été avalée, est ensuite rendue, noire et altérée, soit par les vomissements, soit par les selles, comme dans une véritable gastrorrhagie. Dans ces cas, on fixera le diagnostic d'après l'étude et la comparaison des symptômes de l'hémoptysie et de l'hématémèse : ainsi, dans la première, les malades accusent de la chaleur dans la poitrine, des douleurs dans le dos, de la dyspnée, et dans la plupart des cas le sang n'est rejeté qu'après des efforts de toux; tandis que dans l'hématémèse c'est à l'épigastre que les malades rapportent leur malaise et leur douleur; enfin, il n'y a pas de toux. L'aspect du sang diffère aussi dans les deux maladies : dans l'hémoptysie, il est rouge, vermeil, rutilant, fluide; dans l'hématémèse, il est moins rouge, souvent il est d'un noir foncé, et en grande partie coagulé. La quantité de sang rejetée est en général plus considérable dans l'hématémèse que dans l'hémoptysie; enfin, dans celle-ci l'auscultation fournit souvent des phénomènes qui manquent dans l'autre. Du sang exhalé par les muqueuses buccale et pituitaire peut, comme nous l'avons dit précédemment, être porté dans l'estomac pendant le sommeil et à l'insu des malades, puis être rejeté par les vomissements et par les selles, et faire croire qu'il a été exhalé dans l'estomac; mais, dans ces cas, le peu d'abondance du sang, l'examen de la bouche, du pharynx et des fosses nasales, la présence sur ces parties de quelques caillots, sont tout autant de circonstances qui, avec l'absence des signes locaux propres aux hématémèses, permettront de porter un jugement. Un point capital dans le diagnostic est de déterminer si l'hématémèse est *essentielle* ou si elle est *symptomatique*. On soupçonne que l'hémorrhagie est essentielle lorsqu'elle se déclare brusquement au milieu d'une santé parfaite, lorsque surtout elle est succédanée de quelque hémorrhagie constitutionnelle, et lorsqu'enfin on voit les malades se rétablir complétement et d'une manière durable. Mais

une hématémèse qui a été précédée depuis un temps plus ou moins long par de l'anorexie, par des digestions difficiles, et surtout par de l'amaigrissement, devra inspirer des inquiétudes, et faire craindre une lésion organique de l'estomac, surtout si l'individu est arrivé à cette période de la vie où ces maladies se déclarent ordinairement. Quant à déterminer la nature et le siége de la lésion dont l'hématémèse est un symptôme, c'est par un examen attentif de tous les organes abdominaux et par la nature des troubles fonctionnels qu'on y parviendra.

Pour compléter le diagnostic différentiel, je devrais parler de l'hématémèse simulée, c'est-à-dire de ces fripons qui, avalant du sang de quelque animal ou du sang humain, le rejettent ensuite en provoquant artificiellement le vomissement; mais un médecin attentif découvrira aisément la supercherie, par l'absence des symptômes propres aux hématémèses, et par un interrogatoire habilement dirigé.

Pronostic. — M. Chomel a dit avec juste raison qu'il y avait bien peu de cas où une gastrorrhagie ne fût pas une maladie grave, et qu'il en était bien moins encore où elle pût être regardée comme salutaire. Les cas les moins fâcheux sont ceux où la maladie est idiopathique et supplémentaire. Cependant, même alors, elle récidive souvent, elle affaiblit beaucoup les sujets, elle produit un grand trouble dans les fonctions digestives, et doit, à cause de cela, être regardée comme fâcheuse. Enfin la gravité du pronostic sera proportionnée à la quantité de sang exhalé et au plus ou moins d'incurabilité de l'affection dont l'hématémèse est presque toujours symptomatique.

Étiologie. — Les causes de la gastrorrhagie idiopathique sont très obscures; ce sont d'ailleurs toutes celles qui président au développement de la pléthore et des hémorrhagies actives en général. Dans la plupart des cas, cette espèce de gastrorrhagie est supplémentaire, et se remarque par conséquent chez la femme et dans l'âge moyen de la vie. Une induration squirrheuse ou une dégénérescence cancéreuse est la cause la plus ordinaire des gastrorrhagies symptomatiques. Viennent ensuite les tumeurs qui siégent dans la rate, dans le foie et le pancréas, et qui sont une cause efficace d'hémorrhagie, probablement par suite de la gêne qu'elles apportent dans la circulation abdominale. Après ces lésions, je classe les maladies des vaisseaux extérieurs ou propres à l'estomac, soit que, frappés d'anévrisme, ces vaisseaux se rompent dans ce viscère, soit qu'ils se perforent par un travail ulcératif qui commence par la muqueuse. La gastrorrhagie est aussi un accident de l'empoisonnement par les corrosifs, soit qu'elle arrive immédiatement après l'ingestion du poison, soit qu'elle résulte de la vive inflammation qui en est la suite, soit qu'elle survienne plus tard lorsque les escarres formées se détachent. Enfin l'hémorrhagie de l'estomac peut être symptomatique d'une maladie générale; telle est celle qui arrive si constamment dans le cours de la fièvre jaune et dans quelques cas de scorbut et de purpura. Quelle que soit sa cause, la maladie se déclare le plus souvent spontanément; d'autres fois elle survient à l'occasion

d'un coup, d'une émotion morale, d'une indigestion, d'un excès alcoolique, d'un refroidissement, etc.

Traitement. — Les règles de traitement que j'ai précédemment exposées pour les hémorrhagies actives, passives et supplémentaires, s'appliquent, pour la plupart, à la gastrorrhagie ; toutefois il y a quelques indications qui sont spéciales à cette dernière : ce sont les seules sur lesquelles j'insisterai. L'hémorrhagie s'étant faite et le malade vomissant, il faut tâcher de modérer et de suspendre l'exhalation sanguine. Dans ce but, le malade sera saigné si l'état du pouls le permet ; mais, dans tous les cas, on mettra des révulsifs en permanence sur les membres, et on entourera ceux-ci de ligatures. On administrera des boissons acidulées telles que de l'eau de groseilles ou de citron glacée ; on donnera celle-ci en petite quantité, par cuillerée seulement, et à environ dix minutes de distance. Si l'hémorrhagie continue, il ne faut pas hésiter à appliquer sur l'épigastre et sur les hypochondres une vessie remplie de glace, et administrer la limonade sulfurique. Il faut que le malade garde une position horizontale et l'immobilité la plus absolue. Si une défaillance survenait, il faudrait examiner par la vue et le toucher l'état du pharynx ; car il peut arriver alors que le sang, remontant dans la gorge, produise l'asphyxie, soit que ce liquide s'introduise dans les voies aériennes, soit que, réuni en caillot, il vienne obturer l'orifice supérieur du larynx : un fait, rapporté par P. Frank, justifie le conseil que je donne actuellement. Les mêmes moyens seront continués pendant plusieurs jours, et même quelque temps après la cessation de l'hémorrhagie. Les malades seront tenus à une diète rigoureuse ; l'alimentation ne sera commencée que plusieurs jours après que l'hémorrhagie a entièrement cessé. On commencera par faire prendre des bouillons émollients, du lait de poule, plus tard du bouillon ordinaire. Il convient de donner ces boissons froides et en petite quantité à la fois. On permettra ensuite l'usage de gelées végétales et animales ; on reviendra après, lentement, aux aliments ordinaires, en commençant par ceux dont la digestion est le plus facile, et qui, sous un petit volume, contiennent beaucoup de principes nutritifs. S'il reste du côté de l'estomac quelques indices d'une congestion persistante, il convient, si l'état des forces ne s'y oppose pas, d'appliquer quelques sangsues à l'anus plutôt encore qu'à l'épigastre, et de prescrire des révulsifs sur les hypochondres. Il faut aussi tenir le ventre libre à l'aide de lavements.

L'individu qui a éprouvé une gastrorrhagie devra être soumis pendant longtemps à un régime sévère, à cause de la fréquence des récidives.

DES HÉMORRHAGIES INTESTINALES.

Sous les noms d'*hémorrhagie intestinale*, d'*entérorrhagie* et d'*entéro-hémorrhagie*, je comprends toutes les hémorrhagies qui se font par la muqueuse intestinale, depuis le duodénum jusqu'au rectum. Cependant, à l'exemple de tous les auteurs, j'étudierai séparément sous les noms d'*hémorrhoïdes* et de *flux hémorrhoïdal* certaines hémorrhagies qui ont

lieu par la dernière portion du gros intestin, et qui coïncident ordinairement avec la formation de certaines tumeurs dans cette région. Les hémorrhagies intestinales, beaucoup plus rares que toutes celles que nous avons étudiées jusqu'à présent, sont susceptibles des mêmes divisions, c'est-à-dire qu'elles peuvent être actives ou passives, essentielles ou symptomatiques, etc.

Anatomie pathologique. — Dans les hémorrhagies essentielles comme dans celles qui sont symptomatiques d'une lésion siégeant ailleurs que dans le tube digestif, on trouve que parfois la portion de muqueuse par laquelle le sang s'est exhalé, est gonflée, boursouflée, d'un rouge foncé, piquetée, injectée, ecchymosée; mais il suffit alors de la presser entre les doigts et de la laver sous un filet d'eau pour lui rendre bientôt sa couleur, son épaisseur et sa consistance normale. Plus souvent, au lieu d'être ainsi fortement congestionnée, la membrane muqueuse est, au contraire, tout à fait décolorée, comme exsangue. Lorsque l'hémorrhagie a été symptomatique, on trouve, en outre, des altérations diverses résidant, tantôt dans les intestins, ce sont les ulcérations et les dégénérescences squirrheuses; tantôt dans des organes plus ou moins éloignés, spécialement dans le foie et dans la rate; ou bien enfin on constate l'existence de diverses lésions ayant produit le rétrécissement ou l'oblitération de quelques vaisseaux abdominaux, surtout d'un ou plusieurs troncs veineux considérables.

Symptômes, marche. — Quelques malades éprouvent un ou plusieurs jours avant l'hémorrhagie un sentiment de gêne, ou bien des douleurs, des picotements dans le ventre ou aux lombes, parfois ils offrent un ballonnement plus ou moins considérable. Dans la plupart des cas, pourtant, il n'y a pas de prodromes. Les malades ressentent tout à coup une douleur obtuse à l'ombilic, bientôt suivie de tous les accidents qui accompagnent les hémorrhagies internes. C'est ainsi qu'on a vu quelques individus être pour ainsi dire foudroyés, tomber rapident dans un état de syncope, et succomber avant que le sang ait été évacué. Le plus ordinairement pourtant les syncopes et les lipothymies n'ont qu'une durée assez courte; mais elles reparaissent quelquefois à de courts intervalles, surtout lorsqu'on imprime des mouvements aux malades; quand elles sont tout à fait spontanées, elles indiquent plutôt qu'une nouvelle hémorrhagie s'effectue. Cependant peu après avoir repris leurs sens, beaucoup de ces malades sentent un besoin impérieux, irrésistible, d'aller à la selle, et rendent quelques matières fécales solides d'abord, puis une quantité plus ou moins considérable de sang fluide ou en caillots, pur ou mêlé aux matières intestinales et plus ou moins altéré, suivant le point où il a été exhalé et suivant la longueur du séjour qu'il a fait dans le tube digestif. Si le sang est exhalé en grande abondance ou bien s'il l'a été en petite quantité, mais dans un point voisin du rectum, il sera alors généralement excrété peu après son extravasation. Dans le cas contraire, le sang n'est rendu que douze ou vingt-quatre heures après; il est souvent alors méconnaissable, et si, en raison du peu d'abondance de l'hémorrhagie, les symptômes généraux ont fait défaut, la maladie peut passer tout à fait inaperçue.

Durée, terminaisons. — L'hémorrhagie intestinale a une durée généralement courte ; elle est tantôt *éphémère*, c'est-à-dire que l'exhalation s'étant faite brusquement, s'arrête presque aussitôt et ne se reproduit pas. Dans la plupart des cas, cependant, il y a plusieurs hémorrhagies successives, variables en abondance ; ou bien, une hémorrhagie forte ayant eu lieu d'abord, il n'existe plus ensuite qu'une sorte de suintement. Dans tous ces cas, les malades rendent du sang pendant plusieurs jours de suite, et souvent durant une semaine ou même plus longtemps encore. On peut évaluer à deux ou trois verres la quantité moyenne de sang que les malades perdent dans la plupart des entérorrhagies. Cependant cette quantité peut être moindre ; souvent aussi elle est dépassée de beaucoup. Nous avons vu, en effet, des individus perdre en quelques heures jusqu'à 4 ou 5 kilogrammes de sang, et expirer par la persistance de l'hémorrhagie.

Les hémorrhagies intestinales entraînent après elles tous les accidents que nous avons notés après les autres pertes de sang. Lorsqu'elles sont idiopathiques, les malades se rétablissent généralement avec assez de promptitude, sans être plus sujets que d'autres à des dérangements du côté des fonctions digestives ; mais la maladie se reproduit souvent chez eux avec une extrême facilité.

Diagnostic. — Dans le diagnostic des hémorrhagies intestinales, il s'agit de déterminer : 1° si l'hémorrhagie existe ; 2° sur quel point de l'intestin le sang est exhalé ; 3° quelle est la cause de l'hémorrhagie.

Tant que le sang n'est pas excrété, il est impossible d'affirmer d'après les symptômes généraux s'il y a eu hémorrhagie, et si celle-ci s'est faite dans le tube digestif. Le doute cesse lorsque le sang a été évacué. Cependant il faut bien se garder de prendre alors pour des selles hémorrhagiques des matières fécales qui seraient seulement noirâtres. Cette confusion n'est possible que lorsque l'hémorrhagie, ayant été faible, le sang est intimement combiné avec les fèces. Dans le cas contraire, on trouvera toujours au fond du vase un sang peu altéré sous forme de grumeaux noirâtres ; d'autres fois c'est une sorte de poudre brune ou noire comme du tabac ou du marc de café, qu'on remarque également disséminée à la surface et dans l'épaisseur des matières fécales.

Lorsqu'on a ainsi constaté l'existence du sang dans les selles, il reste à déterminer si ce fluide a été réellement exhalé dans l'intestin, ou si, au contraire, il ne provient pas de l'estomac, des fosses nasales, ou de l'intérieur de la bouche. Des symptômes de congestion à l'épigastre, mais surtout des vomissements de sang, ayant précédé de quelques heures, d'un ou de plusieurs jours les selles sanguinolentes, devront faire admettre qu'il y a eu gastrorrhagie, quoiqu'à la rigueur il ne soit pas absolument impossible que du sang exhalé dans la première courbure du duodénum reflue dans l'estomac, comme la bile le fait d'ailleurs si souvent. Cependant l'hémorrhagie du duodénum est tellement rare qu'on peut l'exclure, pour ainsi dire, quand il s'agit du diagnostic. Lorsque la gastrorrhagie se fait sans produire presque aucun symptôme local, lorsqu'il n'existe pas de vomissement et que tout le sang est évacué par les selles, il n'y a aucun

moyen pour ne pas confondre entre elles la gastrorrhagie et l'entérorrhagie. Quant à la supposition que le sang pourrait provenir d'une épistaxis ou d'une stomatorrhagie, je crois qu'on ne peut jamais commettre une pareille méprise. D'ailleurs le diagnostic différentiel s'établira ici sur les mêmes données que quand il s'agit de déterminer si le sang d'une hématémèse a été exhalé par l'estomac, ou par la pituitaire, ou par la muqueuse buccale (*voir* plus haut). Quand on s'est assuré que le sang a été fourni par la membrane muqueuse intestinale, il faudra essayer de préciser le point de l'intestin où cette exhalation s'est faite; on s'éclairera ici par les résultats que fournissent l'inspection, la palpation, la percussion du ventre, et par la considération du temps plus ou moins long qui s'est écoulé entre les premiers indices de l'hémorrhagie et les selles sanguinolentes. Toutefois il est rarement possible de pouvoir donner une pareille précision au diagnostic. On ne devra d'ailleurs jamais se dispenser de pratiquer en pareil cas le toucher rectal, afin de s'assurer que l'hémorrhagie n'est symptomatique ni d'une dégénérescence de tissu, ni d'un état fongueux de la muqueuse du rectum, et qu'elle n'est pas fournie par une hémorrhoïde interne ulcérée. Beaucoup d'hémorrhagies intestinales fort rebelles dépendent, en effet, de cette cause. Lorsqu'il en est ainsi, le sang excrété est pur, rouge, vermeil, entièrement distinct des matières fécales; si le malade fait alors des efforts de défécation, il provoque souvent l'issue d'une ou plusieurs tumeurs hémorrhoïdales fongueuses et ulcérées. Pour établir si l'hémorrhagie est idiopathique ou bien si elle est symptomatique, je renvoie à ce que j'ai dit à l'article *Gastrorrhagie*, attendu que les principes que j'ai posés sont également applicables ici. Si, maintenant, nous recherchons quelle peut être la valeur séméiotique des hémorrhagies intestinales, nous voyons qu'elle diffère suivant que l'écoulement sanguin s'effectue au milieu d'un état de santé parfaite, ou bien dans le cours d'une affection chronique ou d'une maladie aiguë fébrile. Dans le premier cas, elles sont probablement idiopathiques; dans le deuxième, elles sont presque toujours le symptôme d'une lésion organique, comme un cancer, et dans le troisième, elles sont presque caractéristiques de la lésion des plaques de Peyer.

Pronostic. — L'hémorrhagie intestinale, à moins qu'elle ne soit supplémentaire, constitue toujours un accident grave. Son pronostic, d'ailleurs, sera fondé sur les mêmes éléments que celui de la gastrorrhagie.

Étiologie. — Nous ne savons encore rien de précis sur les causes prédisposantes et efficientes des entérorrhagies idiopathiques. Toutes les hémorrhagies intestinales que j'ai observées ont affecté des sujets sobres, ayant un bon régime, et qui étaient âgés de vingt à quarante ans. Tous avaient un tempérament lymphatique et étaient très irritables; dans un cas l'hémorrhagie fut succédanée des règles et se montra extrêmement opiniâtre. L'entérorrhagie peut être produite par des causes directes, qui déterminent une phlogose vive et subite du tube digestif; tels sont les poisons corrosifs, les purgatifs drastiques, surtout la coloquinte et l'aloès. La plupart des hémorrhagies symptomatiques dépendent d'une lésion ma-

térielle des tuniques intestinales ; ce sont tantôt des ulcérations comme il y en a dans la dyssenterie et surtout dans la fièvre typhoïde, tandis qu'un pareil effet a lieu plus rarement chez les phthisiques ; plus souvent on trouve une dégénérescence squirrheuse et encéphaloïde des intestins : toutefois il m'a semblé que l'hémorrhagie intestinale manquait bien plus souvent dans le cancer de l'intestin que la gastrorrhagie dans celui de l'estomac. Toutes les lésions qui ont pour effet de gêner la circulation de la veine porte, telles que la compression de cette veine ou de ses principales branches par une tumeur ou par le développement insolite du foie, de la rate et du pancréas, sont des causes toutes-puissantes pour la production des hémorrhagies intestinales. C'est encore par une gêne dans la circulation hépatique qu'il faut expliquer le développement de ces entérorrhagies passives qui se montrent quelquefois chez les enfants âgés d'un à dix-huit jours, ainsi que Billard, les docteurs Kinwisch et Rahn-Escher en rapportent des exemples. Enfin les hémorrhagies intestinales sont quelquefois symptomatiques d'une défibrination du sang : c'est ce qu'on a observé en 1803 chez les ouvriers des mines d'Anzin ; c'est ce qu'on a remarqué aussi dans quelques autres maladies, telles que le *purpura hemorrhagica*, le scorbut, la fièvre jaune, le typhus et les fièvres pestilentielles. Enfin le sang contenu dans l'intestin pourrait provenir de la rupture d'une tumeur anévrismale de l'aorte ; mais cela doit être excessivement rare.

Traitement. — Tout ce que j'ai dit précédemment du traitement prophylactique et curatif de la gastrorrhagie convient exactement aux hémorrhagies intestinales. Quant à ces entérorrhagies toujours très graves qu'on observe chez les nouveaux-nés, et qui dépendent d'une congestion passive dans les vaisseaux mésaraïques, Billard conseille d'appliquer deux sangsues à l'anus ou de faire saigner le cordon ; M. Rahn-Escher recommande les astringents unis aux mucilagineux, tandis que les révulsifs sur la peau et les bains chauds surtout sont les moyens préférés par M. Kinwisch.

DU FLUX HÉMORRHOÏDAL ET DES HÉMORRHOÏDES.

Le mot *hémorrhoïde* (de αἷμα, *sang*, et ῥέω, *je coule*), d'abord employé comme synonyme d'hémorrhagie, sert à désigner aujourd'hui certaines tumeurs sanguines qui se forment à la partie inférieure du rectum, où bien un flux sanguin qui a lieu par le même point, et qu'il est plus convenable cependant de désigner sous les noms de *flux hémorrhoïdal*.

Historique. — Les hémorrhoïdes ont joué un rôle bien important dans la pathologie ; il est peu d'auteurs qui n'en aient parlé dans leurs écrits ; mais si l'on en excepte Hippocrate et Galien, qui ont consacré le mot *hémorrhoïde* pour exprimer un écoulement de sang par les veines de l'intestin rectum, tous les autres en ont étendu la signification, puisqu'ils ont décrit des hémorrhoïdes de la vessie, de la bouche, de l'utérus, etc. Cette confusion, introduite dans la science par Aristote, s'est perpétuée jusqu'à nos jours, comme on peut s'en convaincre par la lecture même du Traité de Montègre. Cependant aujourd'hui le sens du mot *hémorrhoïde* est dé-

finitivement fixé. Ce point de la science a été l'objet d'un grand nombre de recherches : nous citerons surtout la dissertation d'Alberti, l'un des élèves de Stahl ; les thèses inaugurales de MM. Récamier (1800), et Jobert (1828) ; le Traité de M. de Larroque et celui de Montègre, travaux qui ont été supérieurement analysés par deux savants médecins, M. Raige-Delorme et M. le professeur Bérard, dans le t. XIII du *Dictionnaire de médecine*.

Anatomie pathologique. — Dans cette forme de l'affection hémorrhoïdale, qui n'est constituée que par un flux sanguin, on ignore dans quel état se trouve la membrane muqueuse; toutefois tout porte à croire qu'elle ne présente que les modifications de coloration et d'injection qui existent dans l'entérorrhagie idiopathique. Dans la grande majorité des cas, l'affection hémorrhoïdale est caractérisée par la présence de certaines tumeurs. Celles-ci sont violacées et plus ou moins hémisphériques; les unes sont pédiculées, les autres ont une base large; elles sont alors peu distinctes les unes des autres, et à peine aperçoit-on entre elles un sillon peu profond. Leur surface est tantôt unie, tantôt elle est inégale. Elles ont un volume qui varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un œuf d'oie (P. Frank); elles sont plus ou moins flasques et affaissées. Les unes siégent à la marge de l'anus, on les nomme *hémorrhoïdes externes;* les autres sont dites *internes*, parce qu'elles sont situées dans l'intestin même, et qu'elles s'y insèrent au-dessus du sphincter interne. Rarement elles se prolongent dans le rectum à une profondeur de 6 à 8 centimètres : cependant on en a vu plusieurs dans l'S iliaque (J.-L. Petit). Les auteurs qui ont étudié la structure des tumeurs hémorrhoïdales ont pour la plupart émis des opinions exclusives : ainsi les uns les ont considérées comme des varices; d'autres les croient formées par des hémorrhagies interstitielles, ou par un tissu érectile de nouvelle formation. Mais la divergence qui règne à ce sujet provient de ce que les auteurs ont disséqué des hémorrhoïdes à différentes époques de leur évolution, et lorsqu'elles avaient été déjà le siége de plusieurs lésions consécutives.

Après m'être livré à quelques recherches anatomiques, j'ai adopté l'opinion de ceux qui croient que la tumeur hémorrhoïdale, dans son état de simplicité, est uniquement formée par la dilatation d'une veine; cette vérité a surtout été mise hors de doute par les dissections habiles de MM. Jobert et Blandin. Si, en effet, à l'exemple de Brodie et de Smith, on injecte la veine porte ou la veine mésentérique inférieure, on voit la matière à injection arriver librement dans la tumeur; et si on incise celle-ci, il est facile de se convaincre qu'il y a continuité de tissu et identité de structure entre elle et la veine. Mais lorsque les hémorrhoïdes sont anciennes, lorsqu'elles ont été le siége de congestions et d'inflammations répétées, la disposition précédente est moins évidente, souvent même on ne peut plus la constater. Les parois des tumeurs hémorrhoïdales se sont alors épaissies et hypertrophiées; d'autres se sont amincies, ramollies et perforées; le sang s'est extravasé dans le tissu cellulaire ambiant, et c'est là ce qui a porté quelques personnes à regarder les hémorrhoïdes comme essentiellement constituées

par une hémorrhagie interstitielle; mais on voit que celle-ci n'est qu'une lésion secondaire. D'autres fois, plusieurs tumeurs se réunissent; leurs parois s'accolent, se confondent, se perforent : aussi lorsqu'on les incise on croit avoir sous les yeux un tissu aréolaire. Quelquefois l'hémorrhoïde a une dureté considérable; on la dirait formée par une tumeur solide; ceci dépend tantôt de ce que le sang contenu dans la tumeur s'est concrété, tantôt de ce que le tissu cellulaire, chroniquement enflammé, forme une sorte d'enveloppe ou de coque à la veine dilatée. Enfin, les inflammations répétées du tissu cellulaire, le développement insolite du réseau capillaire, les épanchements sanguins, donnent à certaines parties, lorsqu'on les incise, l'aspect d'un tissu caverneux, et c'est cette disposition qui a porté quelques auteurs à considérer, très à tort, les tumeurs hémorrhoïdales comme étant un tissu érectile de nouvelle formation. Les dissections ont encore prouvé que sur les tumeurs hémorrhoïdales il existait souvent une expansion des fibres des sphincters, dont les unes sont amincies, et les autres hypertrophiées; on y trouve encore un réseau artériel considérable et des filets nerveux. Lorsque les hémorrhoïdes sont anciennes, on rencontre un lacis veineux très développé tout autour de l'orifice anal, et souvent, en incisant le rectum, on voit que les troncs veineux qui en partent, et qui rampent sous la muqueuse, présentent, dans l'étendue de 21 à 24 centimètres, un calibre assez grand.

Pour nous résumer, nous dirons, avec MM. Bérard et Raige-Delorme, que, dans l'immense majorité des cas, les tumeurs hémorrhoïdales sont constituées à leur début par une dilatation veineuse; que les changements anatomiques qui s'opèrent par suite des progrès de la maladie ont la plus grande analogie avec ceux que les mêmes causes développent dans les tumeurs variqueuses des jambes. En somme, les hémorrhoïdes ne sont autre chose que des varices se développant aux dépens des veines de l'extrémité inférieure du rectum : aussi avions-nous songé d'abord à ranger ces maladies dans une autre classe; mais comme nous ne pouvions guère les séparer du flux sanguin sans tumeurs, comme celles-ci ne sont souvent qu'une lésion consécutive de la congestion, j'ai cru plus convenable de parler des hémorrhoïdes à l'occasion des autres hémorrhagies intestinales.

Symptômes. — Chez la plupart des individus, l'apparition des tumeurs hémorrhoïdales est précédée par un état de congestion ou de fluxion vers l'extrémité inférieure du rectum. Ces personnes éprouvent une douleur gravative vers le sacrum, de la chaleur et du prurit vers l'anus; les selles sont difficiles, douloureuses; souvent il y a un petit suintement séreux, blanchâtre ou muqueux. Ces symptômes, qui s'accompagnent souvent de lumbago, de dysurie, de douleurs abdominales, de perte d'appétit, de nausées et d'un état de malaise, peuvent persister plusieurs heures; en général, ils durent de un à trois jours; quelquefois ils se prolongent pendant plus d'un septénaire. Ils se jugent tantôt par un suintement sanguin, d'autres fois ils cessent sans qu'on remarque aucune évacuation de sang; enfin, dans beaucoup de cas, on voit apparaître comme phénomènes consécutifs une ou plusieurs tumeurs hémorrhoïdales. Celles-ci ne se forment

souvent qu'à la suite de congestions répétées; d'autres fois, au contraire, elles se développent lentement, d'une manière obscure, et semblent préexister manifestement à la fluxion sanguine qu'elles provoquent ou qu'elles activent.

Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales sont le siége d'une congestion, elles forment au pourtour de l'anus une ou plusieurs saillies ayant les caractères précédemment décrits; elles sont en outre douloureuses, pulsatives, rénitentes; d'autres, plus molles, s'affaissent quand on les comprime. L'anus est rouge, injecté; il y a des envies continuelles d'aller à la selle; le malade se plaint de tiraillements dans les lombes et dans le ventre. Ces symptômes augmentent dans la station et dans la position verticale; la marche est pénible, douloureuse, souvent empêchée. Le nombre de ces tumeurs varie; quelquefois il n'y en a qu'une; d'autres fois elles sont multiples; souvent enfin elles forment un bourrelet inégal tout autour de l'anus. Si on pratique le toucher rectal, ce qui est toujours très douloureux et souvent impossible, on reconnaît que des tumeurs semblables existent fréquemment dans l'intestin; d'autres fois il n'y a pas de tumeurs extérieures, mais toutes sont situées dans le rectum. Dans ce dernier cas, le malade éprouve un sentiment pénible et presque douloureux de plénitude et de distension; les coliques, les douleurs de reins, la dysurie sont plus fortes, parfois même il y a rétention complète d'urine; les envies d'aller à la selle sont incessantes; l'excrétion des matières fécales est devenue souvent impossible en raison de l'oblitération de l'intestin : alors le malaise est plus grand; il y a du météorisme, des nausées et souvent des vomissements; si les malades vont à la selle, ce n'est qu'avec les plus vives souffrances et après des efforts considérables, pendant lesquels, non seulement les tumeurs, mais encore une portion de la muqueuse, sont entraînées au dehors.

Marche, durée, terminaisons. — Après avoir persisté pendant un temps qui varie entre un ou deux jours et plusieurs semaines, on voit les tumeurs s'affaisser, se flétrir et disparaître souvent sans qu'on observe aucun suintement sanguin; on dit alors que les hémorrhoïdes sont *sèches* ou *non fluentes*. Mais, dans la plupart des cas, l'affaissement des tumeurs est précédé par un écoulement plus ou moins considérable de sang (*hém. fluentes*). Celui-ci est le plus souvent l'effet d'une simple exhalation; d'autres fois il est le résultat de la rupture des varices, rupture déterminée soit par une distension excessive des tumeurs, soit par la pression qu'exercent sur elles les sphincters contractés et les matières stercorales pendant l'acte de la défécation. L'écoulement fini, il est rare que les tumeurs disparaissent tout à fait; dans presque tous les cas, en effet, elles continuent à former au pourtour de l'anus de petites saillies flasques et indolores; mais elles augmentent plus tard de nouveau, et redeviennent tendues et douloureuses dès qu'une nouvelle congestion a lieu. Ces fluxions se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés, le plus souvent irréguliers, quelquefois pourtant périodiques. Chez quelques individus, les hémorrhoïdes se montrent au renouvellement de certaines saisons; elles peuvent persister ainsi toute la vie; d'autres fois les attaques s'éloignent à mesure qu'on

vieillit. Enfin, chez beaucoup de personnes elles cessent spontanément de se reproduire ; les malades peuvent alors conserver au pourtour de l'anus de petites tumeurs dures semblables à un repli cutané ; on leur donne le nom de *marisques*. Ce ne sont autres que des hémorrhoïdes guéries par la formation d'un caillot ou par l'adhésion des parois veineuses ; d'autres fois il ne reste aucun vestige de la maladie ancienne.

Complications. — Les tumeurs hémorrhoïdales peuvent présenter différentes complications et occasionner divers accidents plus ou moins fâcheux. Ainsi les hémorrhoïdes internes qui sont entraînées au dehors, avec une portion de la muqueuse, pendant l'acte de défécation, peuvent devenir irréductibles et s'étrangler par suite de la compression que le sphincter, spasmodiquement contracté, exerce sur elles. Dans ce cas, le volume et la tension des tumeurs augmentant, celles-ci prennent une couleur violacée ; les malades éprouvent la plupart des symptômes des étranglements herniaires ; les tumeurs peuvent même finir par tomber en gangrène. Quelquefois l'inflammation, se propageant des hémorrhoïdes au tissu cellulaire ambiant, produit des suppurations diffuses à la marge de l'anus, des abcès stercoraux, des décollements de l'intestin et plus tard des fistules. Les fissures à l'anus, le prolapsus de la membrane muqueuse, le rétrécissement de l'intestin, un écoulement muqueux ou purulent habituel, la dégénérescence cancéreuse du rectum, des douleurs de nature névralgique et une difficulté habituelle dans l'acte de la défécation, sont encore autant d'accidents ou de maladies qui peuvent être la suite des hémorrhoïdes. Enfin on voit des malades qui conservent pendant plusieurs années de suite un suintement sanguin habituel ; il en résulte alors, ou bien un simple état anémique, ou bien un affaiblissement graduel, un amaigrissement plus ou moins considérable, et un trouble plus ou moins profond des fonctions digestives. C'est cet état fâcheux de l'économie que plusieurs auteurs ont désigné sous le nom inexact de *phthisie hémorrhoïdale*.

Diagnostic. — Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales sont congestionnées, elles ne peuvent être confondues avec aucune autre maladie. Dans leur état de flaccidité, au contraire, elles pourraient l'être avec un polype, et mieux encore avec certaines excroissances syphilitiques, spécialement avec les *condylomes* et les *crêtes de coq*. Mais ces végétations ont une forme aplatie : elles offrent à leur bord libre des découpures transversales, elles coïncident avec d'autres symptômes consécutifs de syphilis ; enfin elles se sont développées lentement, ont augmenté peu à peu de volume, et elles n'offrent jamais ces alternatives de congestion et d'affaissement qu'on remarque pour les tumeurs hémorrhoïdales. Il en est de même pour les polypes du rectum, qui sont généralement pédiculés, mous, comme spongieux ou fongueux, et semblent souvent formés de plusieurs lobes. Il faudra aussi ne pas confondre le flux hémorrhoïdal avec les autres écoulements sanguins qui ont lieu par l'anus. Pour éclairer le diagnostic, dans ces cas, on analysera avec soin les symptômes, et on explorera attentivement le rectum par le toucher, et même, si c'est nécessaire, avec le spéculum.

Pronostic. — Les anciens médecins, surtout ceux de l'école stahlienne,

et même la plupart de nos contemporains, regardent l'affection hémorrhoïdale comme un bienfait de la nature, comme une fonction accessoire qu'il faut toujours respecter; mais cette opinion est exagérée. Nul doute que quelques individus n'aient vu des symptômes plus ou moins graves cesser après l'établissement des hémorrhoïdes. Chez beaucoup d'hémorrhoïdaires, on voit, en effet, des accidents de pléthore se juger par l'apparition d'un flux sanguin par le rectum, et même par la production d'une congestion simple des vaisseaux hémorrhoïdaux. Ces faits pourtant sont exceptionnels, et pour peu qu'on veuille étudier la question que je soulève ici, on se convaincra facilement que les hémorrhoïdes constituent presque toujours une affection très incommode, et qu'il y aurait certainement avantage à ne pas avoir. Cependant, lorsque l'économie est habituée depuis longtemps à un flux hémorrhoïdal, il y aurait certainement du danger à le supprimer brusquement, surtout s'il survenait périodiquement : cela, d'ailleurs, lui est commun avec beaucoup d'autres habitudes morbides. Ce que je dis de l'écoulement sanguin s'applique aussi à la congestion simple.

Étiologie. — Les hémorrhoïdes ont été vues depuis la première année de l'existence jusqu'à la plus extrême vieillesse ; mais le plus grand nombre débute dans la période moyenne de la vie, c'est-à-dire entre trente et quarante ans. Il est incontestable que les hémorrhoïdes sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme ; cette opinion est conforme à ce que Cullen a noté en Écosse, et Bosquillon à Paris : les stahliens ont cependant prétendu le contraire. L'influence de l'hérédité n'est pas encore démontrée ; on ne sait rien non plus sur l'influence réciproque des divers tempéraments. La maladie paraît être inégalement fréquente dans les différents pays : ce qui dépend peut-être moins du climat lui-même que des habitudes, des coutumes et surtout du régime. Une alimentation fortement animalisée, l'habitude de l'équitation, toutes les professions qui forcent à rester assis, les voyages en voiture, la constipation, les efforts de défécation, les tumeurs de l'excavation pelvienne, spécialement la distension de l'utérus par l'état de grossesse, ce sont là les causes dont l'effet est le moins incertain ; plusieurs d'entre elles agissent d'une manière toute mécanique, en gênant la circulation dans les veines hémorrhoïdales. A ces causes, il faut joindre toutes celles dont l'action s'exerce en provoquant des fluxions actives vers le rectum ; tels sont l'application répétée de sangsues à l'anus, les purgatifs drastiques, surtout l'aloès, la présence des oxyures dans la portion inférieure du gros intestin, etc.

Traitement. — Le traitement est palliatif, curatif, ou prophylactique. Dès que le malade éprouve les symptômes indiquant une congestion des vaisseaux hémorrhoïdaux, et à plus forte raison dès que les tumeurs se dessinent, il faudra se hâter de donner un lavement pour vider le rectum des matières fécales qu'il contient, ou bien on administre un laxatif très doux. On conseille ensuite au malade de garder une position horizontale, de faire des lotions froides ou des applications permanentes de compresses froides sur la tumeur, au périnée et sur le sacrum. Enfin les demi-lavements et les bains de siége froids sont ici avantageux, car ils calment les élance-

ments, ils diminuent le volume des tumeurs et hâtent leur résolution. Cependant, lorsque celles-ci sont très douloureuses et très tendues, lorsqu'elles sont le siége manifeste d'une inflammation qui gagne déjà le tissu cellulaire ambiant, on a proposé de les couvrir de topiques émollients sédatifs et même de sangsues. D'autres veulent qu'on place celles-ci dans les parties voisines, par exemple, sur les fesses et à la région sacrée; mais ces moyens ne m'ont pas paru produire des résultats si avantageux, et j'ai rarement vu les tumeurs se dégorger, même lorsqu'on les recouvrait de nombreuses sangsues : aussi ai-je préféré depuis longtemps les inciser largement, et plonger ensuite les malades dans un bain tiède pour faciliter le dégorgement des parties. Ces débridements valent mieux que les mouchetures et que les scarifications superficielles que quelques personnes ont conseillées, et qui, en effet, ont plutôt l'inconvénient d'augmenter la congestion que de la diminuer. Lorsque les tumeurs sont étranglées par la contraction spasmodique du sphincter, il faut se hâter de les faire rentrer dans le rectum, à l'aide d'une pression méthodique, et une fois réduites, on les empêche de sortir de nouveau, en plaçant sur l'anus un tampon qu'on maintient à l'aide d'un bandage en T. Si la réduction est impossible, il faut obtenir le dégorgement des tumeurs par les moyens précédemment indiqués.

Il est des tumeurs hémorrhoïdales qui sont très douloureuses, sans que cet excès de sensibilité puisse s'expliquer par l'état inflammatoire. Il convient dans ces cas de les oindre avec du suif ou avec l'onguent populéum; le malade en barbouillera toutes les surfaces malades; il essaiera aussi d'en introduire dans le rectum à l'aide du doigt indicateur. Quelquefois les douleurs excessives sont occasionnées par de petites érosions ou par des ulcérations siégeant sur les hémorrhoïdes. Quand on constate cette lésion, il faut, en place des narcotiques, qui ont ici peu d'utilité, toucher les parties avec le nitrate d'argent. Les moyens précédents seront aidés dans leur action par un régime convenable. S'il y avait de la fièvre, la diète et quelquefois même la saignée générale pourraient être indiquées; mais, dans la plupart des cas, il suffit de diminuer la quantité des aliments, de les choisir parmi ceux qui ne sont point échauffants, et qui, contenant beaucoup de principes nutritifs, fournissent peu de résidu. Les malades prendront une boisson émolliente, tempérante; ils entretiendront la liberté du ventre à l'aide de lavements ou de quelques doux laxatifs. Il est rare que le flux sanguin soit assez considérable pour exiger un traitement spécial. Si cependant ce cas se présentait, on insisterait sur les boissons, sur les lotions froides, et même sur les lavements à la glace.

On rencontre parfois des malades qui ont un suintement sanguin interminable qui les épuise : cela tient souvent à l'ulcération ou à l'érosion superficielle, ou bien à un état fongueux des tumeurs. Nous avons toujours combattu ces lésions d'une manière aussi prompte qu'efficace en touchant les parties avec un crayon de nitrate d'argent, ce qui est une opération excessivement douloureuse. Il est rare qu'une seule cautérisation suffise; le plus souvent il faut y revenir deux et trois fois, en mettant entre chacune

d'elles un intervalle de huit à dix jours. Les deux ou trois premiers jours qui suivent la cautérisation, nous avons l'habitude d'introduire dans le rectum une mèche enduite d'une pommade au calomel, dont on augmente progressivement le volume, et qui a pour avantage de hâter la cicatrisation des érosions et d'affaisser les tumeurs par la compression. Si les hémorrhagies étaient surtout entretenues par le volume excessif des tumeurs, il faudrait essayer le même traitement, lui associer l'emploi des douches ascendantes simples, alcalines, sulfureuses, astringentes. C'est après avoir vainement essayé de tous ces moyens qu'on se décide, en désespoir de cause, à exciser les hémorrhoïdes. Je n'ai point à m'occuper ici des décollements, des fissures, des fistules, des chutes du rectum, du rétrécissement de l'intestin et de toutes les maladies consécutives que les hémorrhoïdes peuvent déterminer, et qui réclament un traitement chirurgical. Quant aux leucorrhées anales chroniques, on les combat par le copahu, par les astringents, par les douches ascendantes, et surtout par la cautérisation avec l'azotate d'argent. A l'anémie, suite des pertes excessives ou prolongées, on opposera les toniques et les ferrugineux.

Le traitement curatif des hémorrhoïdes est entièrement chirurgical. Le procédé qu'on emploie le plus souvent consiste dans l'excision des tumeurs ; mais, quelle que soit la méthode qu'on préfère, elle constitue toujours une opération des plus graves, et qui a déjà fait de nombreuses victimes. Il est donc du devoir du médecin de n'opérer jamais par complaisance. Toutes les fois que les hémorrhoïdes ne seront qu'incommodes, il faut que les malades s'y habituent; si, au contraire, leur volume est tel que les individus ne puissent se livrer à leurs occupations, si les douleurs dont elles sont le siége, les écoulements sanguins, muqueux et purulents qu'elles entretiennent, épuisent la constitution, il faudra, mais seulement alors, en débarrasser les malades.

Les hémorrhoïdes une fois supprimées, il importe, si l'économie paraissait s'y être habituée, de les remplacer par quelque autre évacuation. Lorsqu'au contraire on veut, chez des individus sujets aux congestions cérébrales, établir ou rappeler un flux hémorrhoïdal supprimé, on déterminera périodiquement des fluxions sanguines vers le rectum par l'application de deux ou quatre sangsues, qu'on réitérera pendant plusieurs jours de suite. On placera ensuite les malades sur un vase d'où se dégage de la vapeur; on pourra même introduire celle-ci jusque dans le rectum à l'aide d'un tube. On administrera aussi l'aloès, qui, comme on sait, exerce son action purgative et congestive surtout sur le rectum. On peut également en faire des suppositoires ou une pommade dont on frictionne la région anale, ainsi que Dupuytren le pratiquait quelquefois (4 grammes d'aloès pour 30 d'axonge). Enfin, M. Trousseau conseille, dans le même but, de mettre pendant un, deux ou trois jours un suppositoire fait avec 4 grammes de beurre de cacao, auquel on incorpore de 15 à 30 centigrammes d'émétique.

Pour prévenir le retour des hémorrhoïdes, le malade suivra un régime doux; les viandes blanches, les légumes herbacés et les fruits seront préférés. Il évitera de faire des efforts, surtout pour aller à la selle ; il tâchera

de remplir cette fonction tous les jours, et pour en faciliter l'accomplissement il prendra un lavement simple ou à la graine de lin. Matin et soir il lotionnera l'anus avec de l'eau froide, il prendra un ou deux bains par semaine, il ne montera pas à cheval ; il couchera sur le crin ou sur la paille, et restera le moins possible sur le dos. S'il a des habitudes sédentaires, il choisira un siége élastique et légèrement convexe, afin de soutenir la région anale.

DE L'HÉMATURIE.

SYNONYMIE. — Pissement de sang; *mictus cruentus, sanguineus*.

On réserve le mot *hématurie* pour désigner l'excrétion du sang par le canal de l'urètre, s'opérant, comme celle de l'urine, par la contraction de la vessie. D'après cette définition, il est évident qu'on ne comprend pas dans l'hématurie les exhalations sanguines qui se font dans l'urètre, hémorrhagies qu'il convient en effet d'étudier à part.

Divisions. — Indépendamment de la distinction des hématuries en essentielles et en symptomatiques, en actives et en passives, qui leur est applicable comme à toutes les autres hémorrhagies, on les a encore distinguées en *rénales*, *urétériques* et *vésicales*, suivant que le sang est exhalé dans les reins, dans les uretères ou dans la vessie. Cette distinction est certainement fondée; mais il est le plus souvent impossible d'en faire l'application au lit du malade.

Anatomie pathologique. — Dans l'hématurie idiopathique, il n'y a aucune lésion de texture dans la muqueuse des voies urinaires. Si l'hématurie est symptomatique, on trouvera des lésions très variables dans les reins, dans les uretères ou dans la vessie : ce sont le plus souvent des calculs et des carcinomes, parfois ce sont des inflammations aiguës ou chroniques. L'hémorrhagie a parfois été produite par de véritables tumeurs variqueuses situées surtout au pourtour du col vésical.

Symptômes, marche. — L'hématurie est presque toujours précédée de quelques phénomènes précurseurs, les uns généraux, les autres locaux. Ces derniers varient suivant le point des voies urinaires dans lequel se fait l'exhalation sanguine. Si c'est dans les reins, les malades éprouvent une douleur obtuse, contusive, ou bien de la chaleur dans les lombes; si, au contraire, l'hémorrhagie doit se faire dans la vessie, l'hypogastre est le siége d'une douleur profonde; il y a un sentiment de pesanteur vers l'anus et au périnée, ou bien une douleur pongitive existe, surtout à l'extrémité de la verge. L'hématurie qui est l'effet de l'absorption des cantharides est précédée d'une ardeur très vive dans toutes les voies urinaires et d'un priapisme violent. Aux symptômes qui précèdent se joignent un état de malaise, des frissons irréguliers, des envies d'uriner fréquentes, et lorsque les malades y obéissent, ils rendent une quantité de sang plus ou moins considérable. Cette excrétion se fait quelquefois librement par un jet continu et sans souffrance aucune; d'autres fois ce n'est qu'après beaucoup d'efforts et d'épreintes que le liquide est expulsé peu à peu, et souvent

goutte à goutte. Quelquefois il y a rétention d'urine : cet accident dépend le plus souvent de ce qu'un caillot est venu boucher le col vésical. L'aspect du sang excrété varie : ce liquide sort quelquefois pur, presque sans mélange d'urine; mais ce cas est rare, et n'est guère observé que dans les plaies des reins. En général, le sang est mélangé avec beaucoup d'urine, celle-ci est alors colorée en rouge ou en noir; on distingue, en outre, de petits caillots noirs ou fibrineux, et un grand nombre de globules. Enfin, parfois la quantité de sang est si peu considérable, que l'urine ne présente lors de son émission qu'une couleur rosée, et ne dépose point de caillots fibrineux. Cependant, si on examine le liquide au microscope, on ne tarde pas à y découvrir des globules sanguins, c'est-à dire des corpuscules d'un 120ᵉ de millimètre environ, lenticulaires, jaunâtres, paraissant avoir un noyau central, insolubles dans l'eau et dans l'acide nitrique, et solubles dans l'acide acétique. L'urine, sanguinolente, se coagule en outre par la chaleur, et précipite abondamment par l'acide nitrique. La quantité de sang varie beaucoup non seulement aux différentes époques de la maladie, mais encore dans les diverses émissions d'urine qui se font dans une même journée. Ainsi, on a vu parfois, dans des hémorrhagies rénales, l'urine devenir brusquement incolore, ce qui dépend souvent de ce que, l'uretère du rein malade étant obstrué par un caillot ou par un calcul, l'urine provient alors uniquement du rein du côté opposé (Rayer). Si l'hématurie est symptomatique, elle s'accompagne en outre de plusieurs autres phénomènes locaux, qui varient suivant la nature des altérations organiques qui existent. Les symptômes généraux diffèrent également, surtout suivant le plus ou moins d'abondance de l'hémorrhagie ; celle-ci pourtant est rarement assez forte pour produire les accidents qui suivent les hémorrhagies excessives.

Durée, terminaisons. — La durée de l'hématurie peut n'être que d'un ou de deux jours; parfois même elle n'est que de quelques heures : c'est ce qui arrive lorsque la maladie est idiopathique. Si, au contraire, celle-ci est symptomatique, elle pourra persister à divers degrés pendant plusieurs mois. Quoi qu'il en soit, la présence du sang dans l'urine pendant quelques jours de suite n'indique pas nécessairement que plusieurs exhalations se sont faites successivement; mais elle peut tenir à ce qu'un caillot, s'étant formé dans la vessie, est ensuite dissous et entraîné peu à peu par l'urine, qu'il colore en noir.

L'hématurie idiopathique ou symptomatique peut être assez abondante pour amener la mort : M. Rayer en cite un exemple; mais ces faits sont excessivement rares. L'hématurie récidive comme toutes les autres hémorrhagies; elle apparaît alors à des intervalles plus ou moins rapprochés; lorsqu'elle est supplémentaire (chose fort rare), elle affecte des retours assez périodiques.

Accidents consécutifs. — L'exhalation du sang dans les voies urinaires peut devenir la cause de plusieurs accidents; c'est ainsi que nous avons déjà vu qu'un caillot, en bouchant le col vésical, pouvait produire une rétention d'urine. D'autres fois, le sang se concrétant dans l'uretère, et

t rendu ce conduit imperméable, ce liquide et l'urine s'accumulent le bassinet ; le rein ainsi distendu peut alors former une tumeur volumie, faisant saillie dans les lombes et dans le flanc : mais ces faits sont rares; car si un uretère est obstrué, ce n'est que momentanément. Cette obstruction peut produire différents accidents, notamment des accès de coliques néphrétiques. Les symptômes, quelle que soit d'ailleurs leur forme, cessent en général après une durée assez courte, après que les malades ont expulsé avec ou sans douleur une plus ou moins grande quantité de morceaux de fibrine décolorés, allongés, ayant souvent la forme et le volume d'un strongle ou d'un lombric, ce qui a quelquefois donné lieu à des erreurs grossières. Ces concrétions fibrineuses sont souvent creuses et canaliculées. Enfin, il n'est pas rare de voir un caillot sanguin, retenu dans le bassinet ou dans la vessie, devenir le noyau d'un calcul.

Variété. — Pour compléter l'histoire symptomatique de la maladie, je dois faire connaître une forme d'hématurie qui, d'après M. Rayer, est endémique à l'Ile-de-France et au Brésil. Cette hémorrhagie, qui est essentielle, affecte spécialement l'enfance; elle est parfois tellement légère, que les individus n'en sont point incommodés; mais d'autres fois elle est plus grave. Cependant il est rare que les pertes de sang soient assez fortes pour altérer profondément la constitution. Dans cette espèce d'hématurie, l'urine dépose, indépendamment des globules sanguins, une grande quantité d'acide urique, cristallisé; parfois même ce sont de véritables graviers. Dans une autre forme de la maladie, l'apparence de l'urine est des plus remarquables. En effet, dans l'espace de vingt-quatre heures, les enfants rendent deux sortes d'urines : l'une sanguinolente; l'autre, en général, formée quelques heures après la digestion, est d'un rouge pâle : abandonnée à elle-même, elle se sépare en deux couches, une inférieure et sanguinolente; l'autre, supérieure, est louche, laiteuse ou opaque (*urine chyleuse*). Cette dernière matière, sur la nature de laquelle on n'est pas fixé, offre d'ailleurs beaucoup de ressemblance avec le chyle. L'hématurie endémique de l'Ile-de-France est une affection chronique. Après avoir cessé pendant quelques jours ou pendant quelques semaines, elle se reproduit, et persiste souvent jusqu'à la puberté et parfois au-delà. Il est même des individus chez lesquels elle devient constitutionnelle, et qui la conservent encore après un séjour de plusieurs années en Europe. Cependant la plupart guérissent pendant la traversée; mais souvent la maladie récidive après leur retour dans leur patrie. Cette hématurie paraît être rarement suivie de la mort; on ignore d'ailleurs les lésions cadavériques qui l'accompagnent.

Diagnostic. — Dans le diagnostic, il s'agit 1° de savoir bien distinguer les urines sanguinolentes. Leur aspect et la nature du dépôt suffisent souvent pour les caractériser; mais dans les cas douteux on aura recours à l'inspection microscopique, qui fera reconnaître la présence des globules sanguins qu'on ne peut confondre avec rien autre. 2° Il faut rechercher si le sang a été exhalé dans les reins, dans les uretères ou dans la vessie. Le plus souvent on ne peut avoir à ce sujet que des présomptions. On soup-

connera que le sang vient des reins lorsque les malades ont éprouvé de la douleur et de la pesanteur dans les lombes, ou lorsqu'une cause traumatique a agi sur eux, ou bien enfin lorsque les malades rendent des filaments fibrineux, ramifiés, qui ont dû évidemment se former dans la substance tubuleuse. Aucun signe ne peut faire reconnaître si le sang vient des uretères. On soupçonne que le liquide a été exhalé dans la vessie lorsque tous les phénomènes locaux ont été concentrés vers cet organe; le sang est alors mêlé moins intimement à l'urine que lorsqu'il vient des reins. 3° Enfin on recherchera si l'hématurie est essentielle ou symptomatique, et l'on se décidera pour l'une ou pour l'autre, suivant qu'il y a ou non les signes de quelque affection des voies urinaires, suivant aussi qu'après l'hémorrhagie terminée les malades se rétablissent promptement, ou qu'ils restent languissants, maladifs et que de nouveaux accidents se manifestent. Si l'hématurie rénale est quelquefois essentielle, celle qui est vésicale ne l'est presque jamais et elle se lie communément à des lésions organiques qu'il est ordinairement assez facile de découvrir.

Pronostic. — L'hématurie ne constitue une maladie grave que lorsqu'elle est abondante, que lorsqu'elle persiste pendant longtemps, et qu'elle est l'effet d'une lésion grave de texture, ou de la présence d'un calcul. L'hématurie qui survient dans le cours d'une maladie aiguë grave, comme le sont les fièvres pestilentielles et éruptives, spécialement la variole, indique presque toujours que l'affection aura prochainement une issue funeste. Dans le pronostic, il faut tenir grand compte de cette circonstance, que l'hématurie, dans nos climats du moins, est presque toujours symptomatique; c'est à un point tel que Cullen avoue n'en avoir jamais observé d'essentielles.

Étiologie. — Nous ne savons presque rien sur les causes prédisposantes et efficientes des hématuries essentielles. On a dit qu'elles étaient plus communes chez l'homme, dans la jeunesse, et chez les sujets à tempérament sanguin. L'état sédentaire, la bonne chère, les excès alcooliques et vénériens ont été regardés comme tout autant de causes prédisposantes ou déterminantes; mais cela est loin d'être démontré. De toutes les causes qu'on a invoquées, le climat est la seule dont l'action soit bien constatée. L'hématurie est en effet une maladie des pays chauds : ainsi nous la voyons régner endémiquement chez les jeunes sujets de l'Ile-de-France; elle a fréquemment atteint nos soldats pendant la campagne d'Égypte (Renoult), tandis que dans les pays tempérés où nous vivons, c'est une affection excessivement rare. Je ne parle cependant ici que des hématuries essentielles : mais il n'en est plus de même de celles qui sont symptomatiques. Celles-ci peuvent être produites par une lésion traumatique, par l'inflammation, l'ulcération des voies urinaires, par la présence d'un calcul, d'un fongus, de varices ou d'un cancer. Enfin elles peuvent être symptomatiques d'un état général grave de l'économie, c'est ce qu'on voit dans les fièvres pestilentielles, dans le cours des scarlatines et des varioles malignes, ainsi que dans le scorbut et dans le purpura hemorrhagica.

Les hématuries idiopathiques surviennent le plus souvent d'une manière

spontanée ; d'autres fois elles se déclarent à la suite de fatigues corporelles, après une équitation prolongée, par exemple, ou bien après l'emploi de purgatifs drastiques, comme l'aloès, ou après l'absorption des cantharides.

L'hémorrhagie, dont nous parlons, peut encore être supplémentaire, c'est-à-dire se déclarer avec la suppression d'un flux sanguin périodique, comme les règles ou les hémorrhoïdes. Enfin on a vu, mais cela très rarement, l'hématurie, survenant par suite d'un effort critique, juger une maladie plus ou moins grave.

Traitement. — L'hématurie, suivant qu'elle est active ou passive, réclame la série de moyens dont nous avons déjà parlé à l'occasion des autres hémorrhagies, et sur lesquels il est inutile de revenir : cependant l'hématurie réclame quelques soins particuliers. Lorsque la maladie succède à l'absorption des cantharides, outre les bains tièdes et les boissons abondantes, on devra prescrire à l'intérieur des pilules de camphre et d'opium. On a proposé divers moyens pour remédier aux accidents produits par la coagulation du sang dans la vessie, c'est-à-dire à la dysurie, au ténesme et à la rétention d'urine. La plupart conseillent, dans ces cas, les boissons abondantes, et l'introduction dans la vessie d'une sonde d'argent avec laquelle le caillot sera divisé, écrasé, puis on doit injecter une grande quantité d'eau dans le but de l'entraîner. Mais comment injecter de l'eau dans une vessie déjà pleine? Frappés de cette impossibilité, quelques chirurgiens ont proposé l'incision du périnée (Severinus, As. Cooper). Cette opération ne serait justifiée qu'autant que l'urètre serait obstrué par un rétrécissement ou par tout autre obstacle qu'on ne pourrait enlever aussitôt. C'est après avoir constaté, reconnu l'inutilité des moyens conseillés jusqu'à présent, ou leur application impossible, que M. Leroy d'Etiolles a proposé une méthode simple, facile, qu'il a employée avec succès dans cinq cas de réplétion de la vessie par du sang. Ce moyen n'est autre que l'épuisement, par l'introduction d'une grosse sonde en gomme, à courbure fixe sans mandrin, répétée autant de fois qu'il est nécessaire pour l'évacuation complète. M. Leroy est parvenu ainsi à extraire jusqu'à 2 kil. de sang coagulé, sans que le passage de la sonde, renouvelé plus de cent fois dans l'espace de quelques heures, ait causé ni accident ni douleurs.

L'hématurie endémique de l'Ile-de-France réclame rarement, même à son début, l'emploi d'une médication active. Lorsqu'elle se prolonge et qu'elle a affaibli la constitution, elle exige l'usage des ferrugineux. Si elle s'accompagne d'un dépôt d'acide urique, les malades devront prendre des boissons alcalines; si l'urine est devenue chyleuse, albumineuse, graisseuse, on essaiera l'administration à l'intérieur de la teinture de cantharides, qui paraît avoir été parfois utile dans les cas dont je parle ; les balsamiques ont aussi réussi quelquefois ; enfin, lorsque la maladie résiste, on conseillera l'émigration.

DE L'URÉTRORRHAGIE OU DE L'URÉTRO-HÉMORRHAGIE.

L'hémorrhagie qui se fait par la membrane muqueuse de l'urètre se nomme *urétrorrhagie*.

Cette maladie, qui est à peu près exclusive à l'homme, est souvent annoncée par une douleur gravative occupant le trajet de l'urètre et s'irradiant au périnée et jusque vers les lombes. Le canal est le siége d'un sentiment de brûlure; l'excrétion de l'urine provoque de la cuisson, souvent elle est gênée et incomplète. Le sang s'échappe communément goutte à goutte par le méat urinaire; il est pur, non mêlé à l'urine : si l'exhalation se fait vers la portion prostatique de l'urètre, une partie du liquide peut refluer dans la vessie, où il se mélange avec l'urine; il est ensuite excrété avec elle par les contractions vésicales; cependant ce fait est assez rare. L'urétrorrhagie n'est jamais considérable; elle n'a généralement qu'une durée de quelques instants ou de quelques heures au plus : il est fort rare qu'elle persiste deux ou trois jours.

On voit d'après ce qui précède que l'urétrorrhagie se distingue aisément de l'hématurie, en ce que dans la première le sang s'échappe spontanément par les seules lois de la pesanteur et sans le secours des contractions vésicales.

Le pronostic n'est jamais grave.

L'urétro-hémorrhagie est presque toujours consécutive à la blennorrhagie, à quelque violence exercée sur l'urètre, telle qu'une contusion, une déchirure produite par l'introduction d'une sonde, ou à une cause traumatique quelconque; plus rarement elle est due à une congestion spontanée de la membrane muqueuse.

Pour traiter cette légère affection, on entourera la verge de topiques résolutifs; l'organe sera maintenu perpendiculairement sur le ventre; le malade gardera le repos dans une position horizontale, et évitera toutes les causes d'excitation. L'hémorrhagie qui survient dans le cours d'une violente blennorrhagie cède aux moyens antiphlogistiques qu'on emploie contre la maladie principale.

DE LA MÉTRORRHAGIE.

SYNONYMIE. — Hémorrhagie utérine, ménorrhagie, perte de sang ou perte utérine.

Il faut définir la *métrorrhagie*, tout écoulement de sang se faisant à la surface interne de l'utérus hors le temps des règles, ou bien aux époques menstruelles, mais en quantité plus grande qu'il ne convient.

Les divisions que nous avons admises pour toutes les hémorrhagies qui précèdent, en actives et passives, en idiopathiques et symptomatiques, etc., sont également applicables à la métrorrhagie. De plus, celle-ci pouvant survenir dans l'état de vacuité de l'utérus ou pendant la grossesse, ou bien encore peu après l'accouchement, et la maladie, dans ces cas, n'offrant ni la même marche ni la même gravité, reconnaissant des causes très diffé-

rentes et exigeant souvent une thérapeutique spéciale, on doit en faire plusieurs affections presque distinctes qu'il faut étudier à part. Je ne m'occuperai ici que des flux sanguins de la première espèce, renvoyant, pour toutes les hémorrhagies de la femme grosse et accouchée, aux livres modernes d'obstétrique, et particulièrement à l'ouvrage remarquable de mon excellent ami Jacquemier, où ce sujet est, comme tout le reste, supérieurement traité.

Symptômes. — Il est rare qu'une métrorrhagie arrive sans prodromes; cela n'a guère lieu que lorsqu'une cause violente ayant agi, la maladie se manifeste simultanément ou du moins immédiatement après. Les prodromes des métrorrhagies sont, en général, tous ceux qui précèdent l'éruption menstruelle; ils offrent seulement un peu plus d'intensité et persistent même à un certain degré pendant les deux ou trois premiers jours de l'hémorrhagie. L'écoulement sanguin qui caractérise celle-ci s'établit peu à peu, ou bien tout à coup; il a lieu sans interruption, ou bien il se suspend et se renouvelle à de courts intervalles; en général il est continu, et redouble par instants; les malades expulsent alors une certaine quantité de caillots. Ceux-ci s'échappent surtout pendant les efforts de défécation ou dans la station; ils viennent du vagin, et ils s'y forment toutes les fois que les femmes gardent une position horizontale. L'origine de ces caillots explique pourquoi leur expulsion n'est ni précédée ni accompagnée de ces douleurs vives dont l'utérus est le siége, lorsqu'il fait effort pour chasser au dehors un corps étranger renfermé dans sa cavité. Lorsque l'hémorrhagie est simple, idiopathique, aucun caillot ne se formant dans l'utérus, il est rare que les malades se plaignent de douleurs expultrices; elles n'accusent alors que des douleurs lancinantes et contusives à l'hypogastre, aux lombes, et aux aines ainsi qu'à la partie supérieure des cuisses. L'exploration de l'utérus à l'aide du doigt qu'on porte dans le vagin, et la palpation hypogastrique, ne font constater aucune augmentation dans le volume de l'organe. La seule modification que nous ayons pu apprécier alors est une dilatation de l'orifice utérin, parfois assez considérable pour permettre l'introduction de la pulpe de l'indicateur. Pendant la durée de l'hémorrhagie, les femmes accusent de la céphalalgie, variable par son siége et son intensité; elles ont du malaise; l'appétit est perdu. Les symptômes généraux varient suivant que la métrorrhagie est active ou passive et suivant la quantité de sang qui est perdu; il me suffit de l'indiquer, renvoyant pour les détails à ce que j'ai dit sur ce sujet, à l'occasion des autres hémorrhagies.

Marche, durée, terminaison. — Les pertes utérines ne cessent jamais brusquement; mais on voit l'écoulement, continu d'abord, se suspendre de temps en temps, puis décroître; enfin, après une durée dont la moyenne est d'environ un septénaire, l'hémorrhagie cesse tout à fait. Il est rare qu'elle se prolonge pendant plusieurs semaines, et à plus forte raison durant plusieurs mois; ceci n'a guère lieu que chez les femmes qui ne veulent point se condamner au repos, ou bien chez celles dont l'hémorrhagie est symptomatique d'une lésion organique, ou lorsqu'elle est excitée par la présence

d'un corps étranger, comme un polype. Quoi qu'il en soit, le sang rendu cesse souvent alors d'être coagulable ; parfois même les malades épuisées ne rendent plus qu'un fluide séreux à peine sanguinolent. La quantité de sang perdu dans le cours d'une hémorrhagie peut être difficilement calculée. Il est rare, d'ailleurs, de voir l'hémorrhagie idiopathique survenant dans l'état de vacuité être suivie des symptômes d'anémie qui succèdent à toutes les hémorrhagies excessives. Cependant je ne parle ici que des femmes d'une bonne constitution; car lorsque la métrorrhagie survient chez une fille impubère (chose fort rare d'ailleurs), elle produit une débilité très grande, quoique dans la plupart des cas elle n'ait qu'une durée de deux à trois jours, et que l'écoulement sanguin soit peu considérable. Ce que je dis ici s'applique également aux filles chlorotiques, chez lesquelles les règles se transforment parfois en véritables pertes, à la suite desquelles on voit toujours s'aggraver les accidents nerveux et anémiques. Ces hémorrhagies peuvent même être assez abondantes et assez rebelles pour occasionner la mort, ainsi que M. Requin en a observé un exemple. En général, les douleurs et l'état de souffrance du côté de l'utérus, qui accompagnent la plupart des métrorrhagies, diminuent et cessent avec l'écoulement sanguin ; cependant il n'est pas très rare de les voir continuer après. Cette persistance se lie le plus souvent à un état permanent de congestion vers l'utérus, et rend imminente une récidive de l'hémorrhagie. Les retours des pertes utérines se font à des intervalles plus ou moins rapprochés; le plus souvent ils sont liés aux époques menstruelles. C'est ainsi qu'on rencontre fréquemment, dans la pratique, des femmes chez lesquelles, pendant plusieurs années, les règles se transforment chaque mois en une véritable métrorrhagie. Cela se remarque vers l'âge critique; mais, à cette époque, peut-être voit-on plus souvent encore les hémorrhagies alterner avec la suspension des règles.

Les hémorrhagies utérines à marche chronique sont, comme je l'ai déjà dit, le plus souvent symptomatiques. Elles ont lieu tantôt d'une manière continue; le plus souvent le suintement cesse de temps en temps, puis l'hémorrhagie revient plus forte ; ces exacerbations coïncident le plus souvent avec les périodes menstruelles.

Diagnostic. — La menstruation présentant de grandes différences, non seulement d'individu à individu, mais aussi chez la même personne, il s'ensuit qu'il est souvent fort difficile de déterminer le point où l'écoulement sanguin cesse d'appartenir à la menstruation, et mérite le nom de métrorrhagie. On a dit d'avoir égard à la quantité de sang perdu; mais cette appréciation ne présente aucune certitude. Nous croyons qu'on doit plutôt rechercher l'influence que l'hémorrhagie exerce sur les principales fonctions. Ce précepte nous sera utile pour déterminer si un écoulement sanguin qui s'établit chez une jeune fille impubère doit être considéré comme caractérisant des règles précoces ou comme appartenant à un état pathologique, à une hémorrhagie. Presque toujours alors la question sera résolue dans le second sens, à cause de l'affaiblissement que déterminent dans la constitution ces pertes de sang, même lorsqu'elles sont très peu

considérables. Quelques personnes croient distinguer l'hémorrhagie menstruelle de celle qui est morbide, en disant que dans la première le sang est toujours fluide, tandis que dans la seconde il se forme le plus souvent des caillots. Ce fait est généralement vrai; cependant nous avons vu beaucoup de femmes qui, à chaque époque menstruelle, rendaient des caillots volumineux pendant un à deux jours, sans pourtant qu'on fût autorisé à admettre qu'il y eût chez elles une véritable perte.

Si maintenant nous nous demandons quelle doit être la valeur séméiotique d'une métrorrhagie, nous dirons qu'il est très vrai que les hémorrhagies essentielles sont moins rares par l'utérus que par tout autre organe; cependant l'observation apprend qu'il ne faut pas moins se méfier de toutes les métrorrhagies un peu considérables; car, dans la plupart des cas, elles sont symptomatiques. Ainsi une hémorrhagie utérine abondante, avec caillots, s'accompagnant de douleurs expultrices, dénote presque toujours qu'un avortement se prépare ou qu'il s'effectue. C'est par suite d'une fausse couche que surviennent presque toutes les métrorrhagies qu'on observe si souvent chez les jeunes filles, chez les jeunes femmes et chez un grand nombre de prostituées. Ailleurs la métrorrhagie dépend d'un engorgement chronique de l'utérus, d'une affection granulée du col, et surtout de la présence d'un polype ou d'une dégénérescence squirrheuse, affections que le toucher ou l'exploration par le spéculum feront découvrir le plus souvent. Pour terminer, nous dirons que chez les femmes âgées qui ont cessé de voir, et qui, au bout de plusieurs années, ont de nouveau leurs règles, on devra soupçonner une lésion organique, même lorsque l'écoulement simule, par sa périodicité parfaite, une époque menstruelle. Enfin il faut se méfier des règles qui apparaissent deux fois par mois; car un pareil écoulement, rarement compatible avec la santé, est souvent symptomatique.

Pronostic. — Il est inutile de dire ici que la gravité du pronostic varie suivant l'abondance de l'hémorrhagie, l'influence qu'elle exerce sur la constitution, et suivant qu'elle est essentielle ou symptomatique. Quelle que soit d'ailleurs la cause de la métrorrhagie, du moment qu'elle persiste pendant longtemps, elle constitue une affection grave, car elle prédispose aux avortements, ou elle rend une nouvelle fécondation impossible. La métrorrhagie qui affecte les filles impubères et chlorotiques est plus fâcheuse que celle qui atteint la femme adulte. Enfin, pour ce qui est du pronostic des métrorrhagies symptomatiques, je crois, toutes choses égales d'ailleurs, que celles qui dépendent de la présence d'un polype ou d'un cancer sont les plus graves, à cause de leur abondance et de leur opiniâtreté.

Étiologie. — Rares avant la puberté, les métrorrhagies sont d'autant plus fréquentes que la femme approche davantage de l'âge critique. Les ménorrhagies actives se remarquent surtout chez les jeunes femmes pléthoriques ou douées d'une constitution nerveuse, qui vivent dans l'oisiveté, qui usent d'une nourriture succulente et qui ont habituellement des règles abondantes. La prédisposition hémorrhagique est héréditaire dans certaines familles. Au rapport de Blumenbach et de Bontius, l'habitation

d'un climat chaud constituerait une prédisposition très grande aux hémorrhagies utérines; une chaleur artificielle trop forte produirait le même effet, d'après Boerhaave et Morgagni. Les métrorrhagies surviennent souvent à la suite d'une violente secousse morale, ou après une vive excitation utérine produite par le coït, par l'onanisme, ou par des désirs non satisfaits. Les exercices violents, tels que la danse, la course et l'équitation, la chute sur les reins et sur les fesses, l'administration des emménagogues et des drastiques, la cautérisation du col, l'application des sangsues sur cette partie, etc., sont des causes très actives de métrorrhagie. Enfin, on a vu parfois cette maladie survenir sous l'influence d'une constitution médicale spéciale: c'est ce que Stoll a noté en 1778, et ce que les médecins de Breslaw avaient observé déjà en 1699. On a vu précédemment de quelles maladies de l'utérus les métrorrhagies sont le plus souvent symptomatiques. Elles peuvent aussi survenir quelquefois sous l'influence d'un état général plus ou moins grave de l'économie, tel que le scorbut, les fièvres éruptives, surtout la variole, les fièvres pestilentielles, et certaines fièvres bilieuses. Enfin, si l'appauvrissement du sang a le plus souvent pour résultat de diminuer la quantité des règles, ou même de les suspendre tout à fait, nous avons vu que quelquefois il produisait un résultat contraire; c'est ainsi que nous avons signalé la fréquence de la métrorrhagie chez les filles chlorotiques, et cet accident est tellement lié à la chlorose, qu'on le voit cesser dès qu'on est parvenu à reconstituer dans le sang un plus grand nombre de globules. De toutes les hémorrhagies que nous avons étudiées jusqu'à présent, les épistaxis peut-être exceptées, les métrorrhagies sont celles qui sont le plus souvent critiques.

Traitement. — La première indication est de soustraire les malades à l'influence des causes qui ont produit la métrorrhagie. On conseillera le repos absolu, une position horizontale sur un lit un peu dur, le bassin étant sur un plan un peu plus élevé que le reste du corps; on videra le rectum à l'aide de lavements à peine tièdes ou même frais; on prescrira l'usage d'une boisson froide, tempérante, et on ne permettra que peu d'aliments. Cette médication fort simple suffit pour enrayer et pour guérir la plupart des métrorrhagies essentielles. Cependant, si la maladie résistait à ces moyens, si, malgré sa persistance, le pouls conservait de la force et de l'ampleur, on devrait recourir à une saignée générale, ou, mieux encore, à de petites saignées dérivatives de deux ou trois palettes, qu'on répéterait une ou deux fois par jour. Dans les cas où des douleurs vives vers les lombes, vers le sacrum, l'hypogastre et les cuisses indiquent une congestion plus forte, ou tout au moins une surexcitation dans la sensibilité utérine, il convient d'appliquer quelques ventouses scarifiées au pourtour du bassin. En même temps on tâchera d'opérer une révulsion sur des points plus ou moins éloignés : ainsi on donnera des manuluves irritants, on appliquera des cataplasmes sinapisés aux avant-bras, aux épaules; on couvrira la poitrine de larges ventouses sèches. Si, nonobstant ces moyens, la perte continue, on fera des applications froides sur l'hypogastre et au sacrum; on donnera des lavements froids; on pourra injecter dans le vagin

une liqueur styptique ou seulement froide; enfin on prescrira des bains froids. Si la faiblesse des malades est extrême, on se contentera d'une simple immersion dans l'eau, et on retirera les malades après une ou deux minutes; dans le cas contraire, le bain pourra être prolongé pendant un quart d'heure ou une demi-heure. Enfin si l'hémorrhagie mettait la vie en péril, il faudrait tamponner le vagin.

Un grand nombre de médicaments ont été préconisés contre les métrorrhagies qui sont devenues passives. Je ne dirai rien des amers, des astringents, et surtout de l'extrait de ratanhia, du tannin, des ferrugineux et des acides minéraux, dont nous avons parlé précédemment à l'occasion des autres hémorrhagies, et qui conviennent également dans celle-ci; je ne veux mentionner ici que l'emploi de la poudre de cannelle et du seigle ergoté. Depuis Van-Swiéten, un grand nombre de médecins ont préconisé l'écorce de cannelle et les préparations dont elle forme la base, comme étant presque spécifiques dans le traitement des métrorrhagies qui s'accompagnent d'une grande débilité. On devra choisir de préférence la cannelle en poudre, qu'on donnera à la dose de 4 ou 8 grammes par jour, en trois ou quatre prises. La sabine, que quelques uns ont conseillée à la dose de 1 gramme à 1 gramme 1/2, me paraît être d'un usage dangereux, en raison de l'action stimulante toute spéciale qu'elle exerce sur l'utérus, ce qui peut avoir pour effet d'augmenter et de prolonger la métrorrhagie. Quant au seigle ergoté, il nous inspire peu de confiance, car j'ai rarement vu l'hémorrhagie éprouver quelque influence par suite de son administration. Cependant MM. Trousseau et Maisonneuve ont publié, il y a environ dix ans, une série d'observations entièrement favorables à l'administration de ce médicament, qu'ils donnent même dans les cas de métrorrhagies qui sont symptomatiques du carcinome utérin. M. Trousseau veut qu'on prescrive l'ergot de seigle à doses fractionnées et à des intervalles égaux, et qu'on commence par des doses un peu fortes, comme 4 grammes dans les vingt-quatre heures, quantité qu'on peut augmenter les jours suivants. On pourra administrer ce remède sans aucun danger pendant un ou deux septénaires. Certains symptômes prédominants peuvent exiger aussi une médication spéciale : ainsi, contre la métrorrhagie qui affecte les filles chlorotiques, on emploiera les préparations ferrugineuses et un régime substantiel. S'il existe des signes d'un embarras gastrique, on devra, à l'exemple de Stoll, de Finke et de beaucoup d'autres, administrer un vomitif, sans redouter que les secousses des vomissements puissent augmenter l'hémorrhagie. La constipation sera combattue par des lavements, ou par de légers laxatifs. Enfin les antispasmodiques, mais surtout l'opium, sont souvent utiles, et seront administrés chez les femmes irritables qui éprouvent de vives douleurs utérines, et dont tout le système nerveux est dans un grand état d'excitation. L'opium peut être donné par la bouche ou en lavements. Ce dernier moyen m'a paru préférable, lorsqu'on administre le médicament pour remédier surtout aux douleurs dont l'utérus, les lombes et la région sacrée sont le siége. L'opium, donné dans ces conditions,

produit non seulement un effet sédatif, mais souvent il modère l'hémorrhagie elle-même.

Lorsqu'on s'est rendu maître de la métrorrhagie, il faudra insister pendant quelque temps encore sur les remèdes ; il faudra éloigner toutes les causes qui pourraient favoriser le retour de la maladie : ainsi la femme marchera peu ; elle couchera sur la paille ou sur le crin ; pendant le jour, elle gardera le plus possible la position horizontale ; elle ne fera pas d'efforts ; elle aura une nourriture douce ; elle évitera les émotions et toutes les causes d'excitation utérine. Si elle est anémique, les toniques, les ferrugineux, une nourriture analeptique, seront conseillés.

DES HÉMORRHAGIES DES MEMBRANES SÉREUSES.

Les membranes séreuses peuvent être le siége d'hémorrhagies. Celles-ci se produisent presque toujours sans rupture ni érosion des parties, c'est-à-dire que, comme nous l'avons vu pour les membranes muqueuses, le sang est simplement exhalé. Ces hémorrhagies peuvent avoir lieu dans toutes les membranes séreuses du corps ; mais l'arachnoïde cérébrale est celle qui en est le siége le plus commun ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, la plèvre, le péritoine, la tunique vaginale du testicule, le péricarde, et l'arachnoïde rachidienne.

Un épanchement plus ou moins considérable de sang dans une cavité séreuse est la seule lésion qui caractérise anatomiquement la maladie. Ce sang est le plus souvent coagulé, sinon en totalité, du moins en partie. On a donc eu tort de dire que, dans les hémorrhagies des séreuses, le sang était toujours liquide. Il est mêlé parfois à de fausses membranes récentes ou anciennes, qui ont tantôt précédé et tantôt suivi la manifestation de l'hémorrhagie. La quantité de sang épanché est quelquefois très grande : ainsi M. Chomel a vu dans un cas le péricarde en contenir une pinte et demie. Dans le péritoine, l'épanchement peut être plus considérable encore. Le sang épanché subit ensuite diverses modifications avant d'être résorbé. Le plus souvent il s'isole et s'enkyste, comme cela arrive pour la plupart des corps étrangers. D'autres fois, étendu en nappe sur une plus ou moins grande surface, il se transforme en un tissu fibreux ; parfois il se rapproche davantage, par son aspect, de la structure musculaire. Composé souvent de plusieurs couches assez distinctes, il subit ordinairement, surtout à sa face libre, la transformation cartilagineuse ou osseuse. Enfin, les épanchements sanguins dont je parle s'organisent parfois en fausses membranes, dont la texture est identiquement la même que celle des séreuses avec lesquelles elles sont en contact.

Les hémorrhagies des membranes séreuses ont des signes bien obscurs, et dans la plupart des cas elles ne sont reconnues qu'à l'ouverture des cadavres. Les principaux troubles qu'elles déterminent sont ceux qui résultent de la compression d'un organe important. Ainsi, l'hémorrhagie a-t-elle lieu dans la plèvre, il y a de l'oppression, un son mat, avec faiblesse ou absence du bruit respiratoire, comme dans un hydrothorax.

Le péricarde est-il le siége de l'épanchement, le malade a de l'orthopnée, le pouls devient irrégulier, les battements du cœur sont obscurs, il y a des défaillances et de l'œdème. Des signes de compression existent aussi du côté du cerveau dans l'hémorrhagie méningée, comme je l'exposerai bientôt avec plus de détails. En général, l'épanchement de sang dans les membranes séreuses ne réveille aucune douleur vive. C'est du moins ce qu'on voit communément pour l'arachnoïde, pour le péricarde, et peut-être aussi pour la plèvre ; mais il n'en est pas de même pour le péritoine : Broussais parle, en effet, dans le tome III de ses *Phlegmasies chroniques*, de trois malades qui, ayant succombé rapidement après avoir éprouvé des douleurs abdominales violentes, avec sentiment de déchirement, n'offrirent à l'autopsie d'autres désordres pour expliquer ces symptômes qu'un épanchement considérable de sang exhalé dans le péritoine. Lorsque les accidents locaux ont une aussi grande intensité, les malades sont dans une extrême agitation ; leurs traits s'altèrent, leur pouls faiblit, et ils peuvent succomber au bout de quelques heures seulement. On conçoit aussi que si l'hémorrhagie était très grave, on observerait cette série de phénomènes qui accompagnent toutes les grandes pertes de sang ; mais ceci n'a guère lieu que dans les hémorrhagies par rupture, lorsque, par exemple, un anévrisme ou un organe vasculaire, comme le poumon, la rate ou le foie, viennent à se rompre par suite d'une violence extérieure ou par l'effort expansif d'une hémorrhagie interstitielle. Enfin, dans beaucoup de cas, le raptus hémorrhagique se faisant sur plusieurs faces à la fois, on voit l'hémorrhagie de la membrane séreuse coïncider avec celle de quelque muqueuse voisine : ainsi M. Chomel a observé que, dans presque toutes les hémorrhagies de la plèvre et du péricarde, il y avait eu hémoptysie simultanée. En somme, on voit combien est difficile, dans la plupart des cas, le diagnostic des hémorrhagies des membranes séreuses. Jusqu'à présent, il n'existe même aucun signe certain pour reconnaître les exhalations sanguines qui se font dans la plèvre, dans le péricarde et dans le péritoine. On pourra les deviner quelquefois : mais avec les données incomplètes que la science nous fournit maintenant, on ne saurait établir un diagnostic motivé.

Les hémorrhagies des membranes séreuses sont des affections généralement graves.

Les causes sous l'influence desquelles du sang est exhalé à la surface des séreuses sont fort obscures, ou plutôt elles sont absolument inconnues.

Dans les considérations que je viens de présenter sur les hémorrhagies des membranes séreuses par exhalation, je n'ai pas compris les membranes synoviales : cependant je les crois également susceptibles de devenir le siége d'une exhalation sanguine. Il est vrai qu'aucune ouverture de cadavres n'est venue mettre ce fait hors de doute : cependant on a vu des individus ayant une diathèse hémorrhagique éprouver tout à coup une douleur vive dans une ou plusieurs articulations à la fois, accompagnée de tous les signes d'un épanchement dans la capsule. Au bout de quelques jours, on a remarqué souvent de larges ecchymoses autour de la jointure, et les parties

ne sont revenues à leur état normal qu'après un ou deux septénaires. J'ai rencontré moi-même un de ces individus chez lequel la diathèse hémorrhagique semblait se manifester surtout par des épanchements sanguins articulaires accompagnés de larges ecchymoses à la surface de la peau.

DES HÉMORRHAGIES MÉNINGÉES.

On nomme *hémorrhagie* ou *apoplexie méningée* un épanchement de sang qui se forme dans la grande cavité de l'arachnoïde, ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ou bien enfin dans les ventricules cérébraux.

Historique.—Cette maladie, signalée par Bonnet (1), par Morgagni (2), par Wepfer (3), et par une foule d'autres médecins des derniers siècles, n'a été complétement décrite que par les médecins modernes. Je citerai spécialement ici les travaux originaux de MM. Serres (4), Baillarger (5), E. Boudet (6) et Prus (7). Enfin, MM. Rilliet, Barthez (8) et Legendre (9) ont étudié l'hémorrhagie méningée dans la période de l'enfance.

Anatomie pathologique. —On a cru pendant longtemps qu'un épanchement sanguin pouvait se former entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde; mais M. Baillarger a le premier réfuté cette opinion, il a démontré que la grande cavité de l'arachnoïde était le siége le plus fréquent des hémorrhagies méningées. L'épanchement sanguin peut être circonscrit; mais le plus souvent il est diffus : il s'étend sur les deux hémisphères à la fois, et siége ordinairement sur la surface convexe de l'encéphale. La quantité de liquide épanché varie depuis 40 grammes jusqu'à 1 kilogramme; le plus souvent elle oscille entre 125 et 187 grammes (Boudet). Le sang est fluide lorsque la mort a été prompte; il est, au contraire, réuni en caillots lorsque le malade a pu lutter pendant quelque temps. Si, en effet, les individus survivent quatre ou cinq jours à l'hémorrhagie, on trouve le sang entièrement concrété, et le caillot est circonscrit par une fausse membrane dont mon ami Baillarger a parfaitement décrit les caractères. Cette fausse membrane enveloppant le caillot a donc la disposition d'une séreuse, c'est-à-dire qu'elle représente un sac sans ouverture, *adhérant presque toujours au feuillet pariétal de l'arachnoïde*, et se continuant sur les limites du foyer avec cette séreuse : c'est cette disposition si remarquable qui, avant M. Baillarger, en avait imposé à tout le monde, et avait fait croire à la possibilité d'un épanchement entre la dure-mère et l'arachnoïde, épanchement qui me paraît être à peu près impossible. Cette fausse membrane peut, en vieillissant, acquérir plus de 2 millimètres d'épaisseur; sa face interne devient rugueuse, un appareil vasculaire s'y organise (Boudet); c'est par elle que s'opère progressivement l'absorption du caillot; mais quelquefois, devenant le siége d'un

(1) *Sepulchretum*, liv. I, sect. II, p. 83, t. I. (2) Epist. 43. § 27; épist. 14, § 3; épist. 52, § 35. (3) *Histor. apop.*, p. 463, obs. 49. (4) *Annuaire des hôpitaux.* (5) *Thèse de Paris*, année 1837. (6) *Journal des connaiss. médico-chirur.*, année 1839. (7) *Mémoires de l'Académie nationale de médecine*, t. XI. (8) *Traité des maladies de l'Enfance*, t. II. (9) *Revue médicale*, années 1842 et 1843.

nouveau travail morbide, elle exhale de la sérosité ou même du sang. C'est ce qui explique pourquoi dans le même kyste arachnoïdien on trouve parfois des caillots fibrineux, des caillots noirs, et du sang tout à fait fluide, évidemment exhalé depuis peu. Enfin, à un degré plus avancé, le sang et la sérosité elle-même finissent par être absorbés, et il ne reste plus alors qu'une fausse membrane d'aspect séreux.

L'hémorrhagie arachnoïdienne est presque toujours le produit d'une exhalation morbide, puisque dans ces cas on ne trouve aucune rupture vasculaire, quoique de graves autorités aient soutenu l'opinion contraire. Il y a pourtant une forme de la maladie dans laquelle l'épanchement succède manifestement à la déchirure d'une veine, d'un sinus (des sinus latéraux surtout), et plus souvent encore à la rupture d'une des artères de la base du crâne : c'est ici une hémorrhagie secondaire ou symptomatique; celle-ci, d'après les recherches de M. Prus, siégerait exclusivement dans la cavité sous-arachnoïdienne. Quelle que soit la cause de l'épanchement, celui-ci, surtout lorsqu'il a lieu dans la cavité de l'arachnoïde, exerce sur le cerveau une compression proportionnée à son abondance : dans tous les cas, les circonvolutions sont aplaties, parfois même on voit le cerveau présenter un enfoncement de plus de 3 centimètres au niveau du foyer sanguin. Cette disposition manque souvent chez les jeunes enfants; car, ainsi que l'a noté M. Legendre, lorsque l'ossification du crâne n'est pas encore complète, le cerveau n'est pas déprimé, tandis que la voûte crânienne, cédant à l'effort du liquide, se dilate comme dans l'hydrocéphalie.

M. Prus a, dans ces derniers temps, appelé l'attention sur les hémorrhagies de la cavité sous-arachnoïdienne; celles-ci n'ont pas toujours lieu par exhalation; mais dans la moitié des cas elles succèdent à la rupture d'une veine, d'une artère, d'un sinus, ou bien elles sont consécutives à la déchirure de la substance cérébrale par une hémorrhagie interstitielle. Ici le caillot n'est jamais entouré d'une fausse membrane; le sang mêlé au liquide céphalo-rachidien le colore en rouge, et se répand au loin avec lui. On n'a jamais vu de différences assez sensibles dans l'aspect et la consistance des caillots pour établir qu'il y en eût de différents âges, tandis que le contraire se remarque souvent dans l'hémorrhagie arachnoïdienne. Ajoutons que, dans la première, le caillot n'est jamais adhérent. Ce que je viens de dire s'applique en partie aux hémorrhagies des ventricules. Quoique du sang puisse être exhalé à leur surface, comme quelques faits semblent le prouver, cependant, dans la plupart des cas, l'épanchement ventriculaire est produit par le plexus choroïdien : parfois on a pu constater des ruptures dans les vaisseaux qui forment ce réseau; mais plus souvent encore l'hémorrhagie des ventricules provient d'un foyer cérébral qui s'est fait jour dans ces cavités. Quel que soit d'ailleurs le mode de formation des épanchements intra-ventriculaires, on voit le plus souvent l'hémorrhagie occuper les ventricules latéraux; le septum étant détruit, ces deux cavités se trouvent réunies; le trigone lui-même est souvent déchiré. Dans quelques cas, enfin, on a vu le sang s'extravaser dans le tissu cellulaire sous-

arachnoïdien de la moelle et du cerveau par l'orifice des cavités encéphaliques (trou de Magendie). Un fait rapporté par Abercrombie d'après Aitkin prouve qu'une hémorrhagie peut aussi se faire isolément dans le troisième et dans le quatrième ventricule. Dans ces épanchements, le caillot est souvent enveloppé d'une fausse membrane, comme dans l'hémorrhagie de la cavité arachnoïdienne; les parois ventriculaires sont tantôt intactes, tantôt elles sont ramollies et désorganisées; le sang est fluide ou en caillots, il peut finir par être entièrement résorbé, quelquefois il en reste certains débris; M. Lélut a considéré comme tels beaucoup de ces fausses membranes qu'il n'est pas rare de trouver dans la cavité arachnoïdienne. Plus récemment, M. Aubanel a essayé de rattacher toutes ces productions à la même origine; mais cette doctrine ne ressort pas manifestement, suivant moi, des faits réunis par cet habile médecin (*Annales médico-psychologiques*, 1843).

Je ne parlerai pas de l'hémorrhagie de l'arachnoïde rachidienne, maladie excessivement rare, et par conséquent encore peu connue, mais à laquelle on peut appliquer *à priori* presque tout ce que je viens de dire pour l'hémorrhagie de l'arachnoïde cérébrale.

Symptômes, marche. — Il résulte des observations de M. Boudet que dans près de la moitié des cas (18 fois sur 41) il existe des signes précurseurs, tels que céphalalgie, assoupissement, engourdissement, vertiges, etc. L'invasion de la maladie a lieu presque toujours d'une manière subite (26 fois sur 33); le plus ou moins de promptitude dans l'invasion est en rapport avec la rapidité et l'abondance de l'hémorrhagie. Si la maladie débute lentement, il y a de la céphalalgie, avec pesanteur de tête, tendance à l'assoupissement et au coma, ou bien agitation et délire; les sens deviennent obtus; les membres sont faibles et contracturés : cette faiblesse peut être bornée à une partie du corps; puis le coma devient plus profond; la paralysie du sentiment et du mouvement est plus générale; enfin la mort arrive. Dans le cas où l'invasion est subite, les accidents peuvent être portés brusquement à leur summum d'intensité. Quoi qu'il en soit, les symptômes n'ont pas toujours une marche progressive : ainsi il est des malades chez lesquels les phénomènes de compression diminuent pendant quelques heures pour s'aggraver bientôt après; cette recrudescence dépend le plus souvent de ce qu'une nouvelle exhalation sanguine s'est faite.

En résumé, on voit que dans l'hémorrhagie méningée qui occupe la grande cavité de l'arachnoïde, dans celle du moins qui affecte l'adulte ou le vieillard, il existe fréquemment une paralysie plus ou moins étendue. M. Prus a noté, en effet, ce symptôme 6 fois sur 8. Ce fait mérite d'autant mieux d'être constaté qu'un savant médecin, M. Serres, en avait autrefois nié la possibilité. Cependant il est juste de convenir que, dans l'apoplexie méningée, la paralysie est un symptôme, sinon moins fréquent, du moins plus tardif que dans l'hémorrhagie cérébrale : ce qui tient sans doute au peu d'épaisseur que la couche sanguine a dans les premiers temps de la maladie. Un épanchement comprenant un seul hémisphère peut paralyser

les deux côtés du corps ; mais on ne voit jamais la paralysie limitée à un seul membre ou bien à une moitié de la face (Boudet).

La paralysie serait, d'après M. Prus, un symptôme fort rare, lorsque le sang a été exhalé dans la cavité sous-arachnoïdienne : ce qu'il explique en disant que, dans ce cas, le sang se répand au loin mêlé au liquide céphalo-rachidien : ou bien encore on peut avancer que la cavité sous-arachnoïdienne, étant destinée à recevoir le fluide cérébro-spinal, est susceptible d'admettre une quantité de sang assez grande sans que le sentiment et le mouvement soient lésés. On conçoit qu'il ne doit pas en être de même dans les cas où l'hémorrhagie consécutive à la rupture d'un vaisseau est devenue tout d'un coup très abondante. Cependant, même alors, la paralysie n'est pas un symptôme très ordinaire, puisque M. Prus ne l'a notée que 3 fois sur 12 cas de rupture artérielle ; la somnolence et le coma existeraient, au contraire, constamment, et cela d'une manière persistante, aussi bien dans l'hémorrhagie arachnoïdienne que dans celle de l'espace sous-arachnoïdien : seulement, dans cette dernière, les accidents seraient précédés ou accompagnés, d'après M. Prus, par du malaise, par de l'affaissement, par de la rougeur et de la chaleur à la face, tandis que dans la seconde il existerait presque toujours de la céphalalgie, une langue sèche, de la fièvre et du délire, tous ces phénomènes s'expliquant par l'inflammation concomitante de l'arachnoïde, laquelle a pour effet de produire la fausse membrane qui doit enkyster le caillot.

Durée, terminaisons. — La maladie a une durée variable : elle peut être mortelle au bout de quelques minutes seulement ; le plus souvent les malades survivent pendant quatre à cinq jours, rarement au-delà : cependant il est des individus qui ne succombent qu'au bout de plusieurs mois ; enfin, dans quelques cas exceptionnels, les malades se rétablissent. En général, la gravité des symptômes et leur marche plus ou moins rapide sont proportionnées à la quantité de sang épanché et au siége qu'il occupe. D'après M. Prus, la durée de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne n'aurait jamais dépassé huit jours, tandis que l'hémorrhagie qui siège dans l'arachnoïde peut atteindre un mois et plus ; celle-ci est d'ailleurs curable, tandis que l'autre ne l'est pas.

Variétés. — L'hémorrhagie méningée paraît avoir une physionomie différente chez les jeunes enfants. A cet âge, la maladie peut suivre une marche aiguë ou chronique. Dans le premier cas, on observerait, d'après M. Legendre, un appareil fébrile continu, s'accompagnant dès le début d'accidents convulsifs légers vers les yeux, et auxquels succède du strabisme. Il n'y a pas de constipation, et peu ou point de vomissements ; mais bientôt apparaissent de la contracture aux pieds et aux mains, et des accès de convulsions cloniques, devenant d'autant plus violents qu'on approche davantage du terme fatal. Les malades sont en outre assoupis ; la sensibilité cutanée est peu émoussée dans les derniers temps ; mais, contrairement à ce qu'on voit chez l'adulte, il n'y a pas de paralysie. La maladie suit une marche rapide : mais la terminaison fatale est souvent provoquée par l'apparition d'une affection intercurrente, et surtout d'une pneumonie.

Ailleurs, la maladie passe à l'état chronique, et alors ses symptômes sont à peu près ceux que nous décrirons plus tard en traitant de l'hydrocéphale ventriculaire.

Diagnostic. — L'hémorrhagie méningée est une affection d'un diagnostic difficile. Lorsqu'elle survient brusquement et qu'elle suit une marche toujours croissante, il sera impossible de la distinguer d'un épanchement cérébral ou d'une forte congestion. Nous rechercherons plus tard comment on pourra la différencier du ramollissement. Quoi qu'il en soit, l'existence de la contracture dès le début de la maladie, la marche irrégulière des principaux symptômes, tels que la diminution et l'aggravation subite du coma et de la paralysie, enfin l'augmentation graduelle des accidents, sont les circonstances principales à l'aide desquelles on pourra établir le diagnostic différentiel de la maladie. Quant à déterminer le siége précis de l'épanchement, la chose me paraît fort difficile, sinon impossible.

L'hémorrhagie méningée rachidienne, qui est souvent précédée de signes de congestion cérébrale, est généralement marquée par une violente douleur occipito-vertébrale, avec renversement de la tête en arrière, douleur qui s'exaspère dans les mouvements du cou, du dos, des lombes, et ne s'accompagne d'aucune exaltation dans la sensibilité des membres; celle-ci reste intacte, tandis qu'il existe une paralysie plus ou moins complète de la motilité. Il ne faudrait pas pourtant considérer cette réunion de symptômes comme pathognomonique; car on ne l'a pas encore observée un nombre de fois suffisant pour être bien fixé sur sa valeur.

Pronostic. — L'hémorrhagie méningée est une maladie des plus graves. On doit la considérer comme étant plus fâcheuse encore que l'apoplexie cérébrale elle-même. Elle est pourtant susceptible de guérison : c'est ce que prouvent les kystes sanguins anciens, qu'on rencontre quelquefois dans la grande cavité de l'arachnoïde. Rien de semblable n'ayant jamais été vu, d'après M. Prus, dans la cavité sous-arachnoïdienne, il est douteux que l'épanchement qui a ce siége puisse se terminer heureusement.

Étiologie. — L'hémorrhagie méningée, fréquente chez les aliénés, surtout chez les déments paralytiques, affecte l'homme à tous les âges de la vie. Elle n'est pas rare chez le nouveau-né; elle paraît être une des causes qui produisent ce qu'on nomme l'*asphyxie des nouveaux-nés.* Il résulte des recherches de M. Boudet que l'hémorrhagie méningée est plus commune chez l'adulte, et surtout chez les vieillards, chez l'homme que chez la femme, au printemps que dans les autres saisons. La fréquence des congestions y prédispose; un obstacle au cours du sang veineux, comme lorsque les sinus principaux de la dure-mère ou la veine jugulaire interne sont obstrués par des caillots ou comprimés par des tumeurs, explique le développement des hémorrhagies méningées. Dans la plupart des cas pourtant celles-ci surviennent sans cause déterminante appréciable.

Traitement. — Il est le même que celui que nous exposerons bientôt pour l'hémorrhagie cérébrale.

DES SUEURS DE SANG OU DE L'HÉMATIDROSE.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations authentiques qui démontrent que du sang a quelquefois été exhalé par la peau, probablement par les mêmes voies que la sueur. Ces hémorrhagies ont rarement lieu par toute la surface du corps ; dans la plupart des cas, en effet, elles ne sont que partielles. On les observe surtout dans les points dont la peau est blanche, fine, et souvent baignée de sueur : tels sont la pulpe des doigts, les aisselles, les orteils, le cou, les côtés du nez, etc. ; quelquefois enfin les sueurs de sang se font à la surface d'une ancienne cicatrice.

Symptômes, marche. — Cette hémorrhagie a lieu parfois sans prodromes ; du sang suinte par gouttelettes plus ou moins nombreuses et serrées sur un point du corps ; en l'essuyant, on ne constate le plus souvent aucune modification dans l'aspect ou dans la texture de la peau ; d'autres fois l'hémorrhagie est précédée, dans les parties par où elle doit s'effectuer, de rougeur, de gonflement et de douleur, phénomènes qui disparaissent après l'hémorrhagie. Celle-ci n'a généralement qu'une durée tout à fait éphémère, comme quelques heures, par exemple ; elle est presque toujours peu considérable, et, à moins qu'elle ne soit générale, elle n'est jamais suivie d'anémie.

Cette espèce d'hémorrhagie est très sujette à récidive, soit que l'exhalation sanguine se fasse toujours dans le même point, soit qu'elle ait lieu successivement sur différentes parties du corps. Cette maladie étant fréquemment liée à l'aménorrhée, il s'ensuit qu'elle se montre alors tous les mois d'une manière périodique ; elle semble être dans ce cas supplémentaire des règles.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut offrir aucune difficulté. Il est inutile de dire que certains topiques, comme la verveine, peuvent colorer la sueur en rouge ; mais, pour peu qu'on soit attentif, il est impossible qu'on commette une méprise de ce genre.

Pronostic. — Le pronostic n'est jamais fâcheux, à moins que l'hémorrhagie n'occupe toute la surface du corps, et ne se lie à quelque condition grave de l'économie.

Étiologie. — Les sueurs de sang ont été vues, pour la plupart, chez les femmes jeunes, ou dans la période moyenne de la vie, et elles ont coïncidé chez elles avec l'aménorrhée ou avec des règles insuffisantes. Nées quelquefois sous l'influence d'un état pléthorique, les sueurs de sang, surtout celles qui sont générales, surviennent souvent à la suite d'une vive commotion nerveuse, comme après un accès de colère et surtout après une frayeur vive.

Traitement. — Cette hémorrhagie, étant presque toujours très peu considérable, ne réclame aucun traitement local. L'indication principale est de combattre la cause qui en a provoqué l'apparition : ainsi on fera cesser la pléthore si elle existe, ou bien on rappellera l'hémorrhagie supprimée ; si l'hématidrose est supplémentaire, on donnera enfin des sédatifs, des an-

tispasmodiques, si la maladie est l'effet d'une secousse morale. Lorsque aucune indication positive ne ressort de l'état symptomatique et de la considération des causes, on devra ne rien faire. Quelques médecins conseillent alors de favoriser l'apparition d'une hémorrhagie moins insolite, comme le serait, par exemple, un flux hémorrhoïdal. Mais je ne vois aucune espèce d'avantage à tenir une pareille conduite ; car on risquerait de remplacer une hémorrhagie bénigne par une autre qui serait au moins incommode. Si pourtant (chose bien rare) les sueurs de sang étaient assez abondantes pour affaiblir les malades, on les modérerait par des applications froides et par la compression.

DES HÉMORRHAGIES INTERSTITIELLES OU DES APOPLEXIES.

Lorsque le sang, au lieu d'être exhalé à la surface d'une membrane, s'épanche violemment dans l'épaisseur des tissus, on dit alors qu'il y a *hémorrhagie interstitielle* ou *apoplexie*. Ce dernier mot, adopté d'abord par les anciens pour caractériser le début rapide d'une maladie qui expose à une mort immédiate, fut ensuite consacré pour désigner toutes les affections du cerveau qui se manifestent par la perte subite du sentiment et du mouvement dans une ou plusieurs parties du corps ; d'autres le réservaient aux cas seulement où ces accidents dépendaient d'une hémorrhagie dans la substance cérébrale. Ainsi, jusqu'à nos jours, le mot *apoplexie* n'a eu qu'un sens purement *symptomatique*. Aujourd'hui, au contraire, la plupart des médecins semblent ne vouloir lui donner qu'un sens *anatomique*, en le consacrant pour exprimer tous les épanchements de sang qui se forment brusquement et spontanément dans l'épaisseur de nos organes ou de nos tissus.

Il n'est pas d'organe de l'économie dans lequel on n'ait observé les hémorrhagies dont je parle ; mais c'est dans le cerveau et dans les poumons qu'elles sont le plus communes ; viennent ensuite la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles de la vie de relation, le placenta, le foie, la rate, l'utérus, les reins, le cœur. Quel que soit d'ailleurs l'organe, le sang, en s'épanchant dans les tissus, écarte nécessairement leurs fibres ou les mailles qui les constituent, et le plus souvent même il les rompt violemment. Le liquide ainsi extravasé forme un véritable corps étranger, qui peut être la cause de plusieurs lésions consécutives ; dans la plupart des cas cependant il est résorbé peu à peu, ou bien il subit diverses transformations organiques que nous indiquerons dans chacun des cas particuliers. Enfin le point de l'organe où l'épanchement s'est fait, et qui a été déchiré ou tout au moins tiraillé, devient lui-même le siége d'un travail réparateur que nous ferons également connaître.

DE L'HÉMORRHAGIE OU APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

SYNONYMIE. — Apoplexie, hémato-encéphalie; *apoplexis*, *apoplexia*, *sideratio*, *attonitus morbus*, etc.

On donne le nom d'*hémorrhagie* ou d'*apoplexie cérébrale* à un épanchement plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau, et qui est caractérisé pendant la vie par la suspension subite et plus ou moins complète de l'intelligence, du sentiment et du mouvement dans une ou plusieurs parties du corps.

Historique. — L'histoire de cette affection remonte au premier âge de la science; les médecins de l'antiquité avaient, en effet, décrit plus ou moins exactement ses symptômes et sa marche; mais, privés des lumières de l'anatomie pathologique, ils en ignoraient la nature et les causes: aussi l'avaient-ils confondue facilement avec plusieurs autres maladies des centres nerveux. Ce n'est seulement que depuis les travaux de F. Hoffmann, de Wepfer, de Valsalva et de Morgagni, que nous avons quelques connaissances positives sur les hémorrhagies des centres nerveux. Morgagni, surtout, a, dans ses 2[e], 3[e], 4[e] et 5[e] lettres, non seulement mieux précisé le siége de ces épanchements, mais ce fut lui qui le premier démontra les rapports qui existaient entre les lésions cadavériques et les symptômes observés pendant la vie. Depuis ce grand médecin, les hémorrhagies cérébrales ont été l'objet de travaux remarquables, parmi lesquels nous mentionnerons ceux de MM. Moulin (1), Riobé (2), Andral (3), Cruveilhier (4), Abercrombie (5), Gendrin (6), et la Monographie si justement estimée du docteur Rochoux.

Anatomie pathologique. — La présence d'une quantité plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau est le caractère anatomique de l'hémorrhagie cérébrale. Celle-ci ne se rencontre pas avec une égale fréquence dans toutes les parties de l'organe: ainsi MM. Rochoux et Andral ont démontré par des relevés statistiques que les corps striés et les couches optiques étaient le siége le plus ordinaire des épanchements; viennent ensuite la portion des hémisphères située au-dessus du centre ovale de Vieussens, les lobes latéraux du cervelet et les lobes antérieurs du cerveau. La maladie ne paraît pas être sensiblement plus fréquente dans l'hémisphère droit que dans l'hémisphère opposé. Les parties blanches centrales, toutes celles qui renferment beaucoup de substance médullaire et peu de substance grise, sont celles qui sont le moins sujettes aux épanchements sanguins. Ceux-ci ne sont pas très rares dans la substance corticale des circonvolutions.

Lorsqu'on ouvre le crâne d'un individu qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale, on ne trouve en général rien de remarquable à la superficie du cerveau: cependant, si l'épanchement est considérable et voisin

(1) *Traité de l'apoplexie*, 1819. (2) *Thèse de Paris*, année 1816. (3) *Clini. médi.*, t. V. (4) *Dictionnaire de médeci. et de chirur. prati.*, art. *Apoplexie*. (5) *Maladies de l'encéphale*, traduit de l'anglais. (6) *Traité de médecine pratique.*

de la surface, les circonvolutions seront aplaties, et souvent en pressant sur le cerveau on pourra percevoir plus ou moins distinctement le phénomène de la fluctuation. Lorsque, après la section des couches saines du cerveau, qui souvent sont plus ou moins hypérémiées, on est parvenu à mettre à découvert le foyer sanguin, on constate des désordres qui varient suivant le temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le début des premiers accidents jusqu'au moment de la mort. Si celle-ci arrive dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie, on trouve le sang épanché sous la forme d'un caillot noirâtre, mou, presque diffluent et mêlé à des fragments de tissu cérébral ramolli; son poids varie; il est rarement moindre de 4 grammes; il s'élève le plus souvent à 16, 32 et 64 grammes; les cas où il en existe de 187 à 218 ne sont pas très rares; on a même vu le foyer occupant un hémisphère entier contenir plus de 250 grammes de sang. Entre le sixième et le huitième jour, le caillot diminue de volume; il est plus résistant, d'un noir moins foncé; la sérosité qu'il contient est résorbée ou bien elle s'est infiltrée dans le tissu cérébral. Vers le quinzième jour, le caillot a déjà une texture fibrineuse, et au bout d'un mois, il est revenu sur lui-même, il est dense, rougeâtre, jaunâtre, parfois même presque décoloré; il est alors immédiatement appliqué contre les parois du foyer, ou bien il nage dans une quantité plus ou moins considérable de sérosité citrine ou rougeâtre. Enfin, au bout d'un temps indéterminé et qui varie suivant les individus, le caillot peut disparaître tout à fait. La rapidité avec laquelle l'absorption s'opère est d'autant plus grande que la personne est plus jeune et que l'épanchement a été moins considérable. Dans quelques cas, on trouve autour des caillots fibrineux, une couche plus ou moins épaisse de sang noir et fluide, tel qu'on le rencontre dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie. Cette disposition indique qu'une double hémorrhagie a eu lieu : la première, à une époque déjà éloignée, est représentée par le caillot fibrineux, tandis que la seconde, caractérisée par les caillots noirâtres, n'a dû se faire qu'à un moment assez voisin de la mort.

Des changements non moins remarquables ont lieu dans le foyer apoplectique. Lorsque celui-ci est récent, ses parois sont déchirées, inégales et imprégnées de sang; en les examinant sous l'eau, on voit flotter des lambeaux de substance cérébrale à peine adhérents. Ces parois offrent en outre un aspect tomenteux formé en grande partie par l'extrémité des vaisseaux déchirés; tel est l'état de toute caverne récente. Du sang ne peut s'épancher dans le cerveau sans en déchirer les fibres, et il serait oiseux de réfuter ici l'opinion de quelques auteurs qui prétendent que certains foyers apoplectiques peuvent être constitués par un simple écartement des fibres de l'organe. L'étendue du foyer est en rapport avec le volume du caillot; sa cavité, généralement sphérique, est plus ou moins anfractueuse; le plus souvent isolée, elle peut, comme nous l'avons déjà dit, communiquer avec les ventricules et avec le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les parois qui circonscrivent le foyer sanguin sont généralement injectées, rougeâtres et ramollies à une profondeur de 2 à 7 millimètres. A la couleur

rouge succède vers le troisième jour une coloration d'un jaune serin pâle, qui augmente jusqu'au quinzième jour ; c'est là une véritable ecchymose du cerveau, qui indique déjà un commencement d'absorption. Cependant la cavité devient bientôt moins irrégulière, et ses parois perdent peu à peu leurs inégalités. Vers le vingtième jour, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, on peut constater l'existence d'un sorte de membrane couenneuse, rougeâtre et molle, très vasculaire, qui finit, au bout d'un temps plus ou moins long, par revêtir les caractères du tissu séreux, duquel elle diffère pourtant par plus d'épaisseur (elle peut avoir 2 millimètres) et de densité : on la sépare plus ou moins facilement du tissu cérébral. Cette poche est baignée par une sérosité citrine ou rougeâtre qu'elle a exhalée en grande partie, et qui, en ramollissant et dissolvant le caillot, en favorise ainsi la résorption. La capacité du kyste diminue progressivement ; ses parois se rapprochent peu à peu ; elles peuvent finir par s'accoler, par adhérer entre elles, et par former une cicatrice linéaire, au niveau de laquelle le tissu cérébral est plus ferme et conserve une coloration jaunâtre, grise ou d'un brun foncé. Cependant une guérison aussi parfaite est tellement rare, qu'Abercrombie ne l'a jamais observée. Dans la plupart des cas, en effet, les parois du kyste sont rapprochées, mais n'adhèrent pas immédiatement entre elles. On voit alors tantôt des filaments celluleux ou fibreux, qui vont d'une paroi à l'autre, et forment une sorte de tissu à mailles plus ou moins serrées et infiltrées d'un liquide séreux ou gélatiniforme ; plus souvent encore c'est un petit kyste séreux, une sorte de ventricule supplémentaire, qui persiste toute la vie. En général, la cicatrice du foyer n'amène aucun changement dans la configuration du cerveau : cependant, lorsque la perte de substance a été très considérable, il existe un ratatinement de l'organe : celui-ci cesse alors de remplir entièrement la boîte crânienne, et l'espace qu'il laisse est comblé par de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

En général, on ne trouve qu'un seul foyer : cependant, dans quelques cas, il en existe plusieurs; on en a compté seize, et peut-être jusqu'à quarante, d'après M. Lenormand (thèse de 1810). Mais il est très rare que tous aient été produits en une seule fois; presque toujours, au contraire, ils marquent le nombre exact d'attaques qui ont eu lieu, et d'après l'état qu'ils présentent on peut parfois déterminer leur degré d'ancienneté relative.

Les foyers apoplectiques varient peu entre eux, quelles que soient les parties de l'encéphale dans lesquelles on les observe. Ainsi, dans les apoplexies du cervelet, le caillot et la fausse membrane présentent les mêmes dispositions que dans les épanchements sanguins qui siègent dans les hémisphères cérébraux. Les foyers du mésocéphale seuls offrent quelques différences : ainsi ils sont presque toujours très peu considérables ; parfois le sang n'est qu'infiltré entre les plans nerveux qui constituent le mésolobe (Howship et Abercrombie). Enfin, si l'épanchement est abondant, il peut fuser à travers un des pédoncules cérébraux jusque dans une couche optique (Rochoux), ou bien le foyer communique avec le quatrième ventricule (Ollivier et Gendrin).

A l'autopsie des sujets morts d'hémorrhagie cérébrale on trouve souvent des ossifications dans les artères du cerveau, et surtout dans les vaisseaux qui rampent à la base de l'organe ou dans ceux qui pénètrent dans les corps striés et dans les couches optiques. Cette altération, et à son défaut la structure des artères encéphaliques, l'extrême ténuité de leurs parois, qui sont presque dépourvues de tunique celluleuse, expliquent la fréquence des hémorrhagies interstitielles. Mais cependant il est rare qu'on puisse démontrer par la simple inspection anatomique ou même par les injections, la rupture du vaisseau. Nous n'avons pu jamais en découvrir.

Je ne puis terminer l'histoire anatomique de l'apoplexie cérébrale sans dire un mot d'une forme de la maladie décrite d'abord par M. Cruveilhier sous le nom d'*apoplexie capillaire* (1), et plus tard par M. Diday, qui l'appelle préférablement *apoplexie par infiltration* (2). Cette lésion siège exclusivement dans la substance grise des circonvolutions ou des parties centrales; on la reconnaît à une coloration rouge noir, ponctuée de la pulpe cérébrale, coloration qui semble due à l'interposition dans l'intervalle de ses molécules, d'une multitude de petites gouttelettes de sang noir et coagulé ; mais les parties au milieu desquelles a lieu cette infiltration partagent aussi, quoique à un degré moindre, la couleur rouge par l'effet de l'imbibition consécutive. La substance cérébrale, vue dans son ensemble, offre dans les points affectés une ressemblance assez parfaite avec le fruit de la fraise parsemée de ses graines (Diday). Il n'est pas très rare de voir simultanément avec cette infiltration quelques petits caillots disséminés çà et là démontrant que la première lésion n'est qu'un degré moins avancé de la seconde.

Symptômes. — La plupart des apoplexies cérébrales débutent brusquement; ce n'est guère que chez un dixième des individus environ qu'on constate quelques prodromes; les plus fréquents sont : un peu de pesanteur de tête, de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements, une tendance insolite au sommeil, une obtusion de l'intelligence ou des sens, des fourmillements, etc. Les symptômes propres à l'hémorrhagie cérébrale diffèrent suivant le siége et l'abondance de l'épanchement. Lorsque celui-ci est considérable et qu'il occupe les parties centrales, les malades tombent subitement comme foudroyés ; ils sont aussitôt privés de connaissance, de mouvement, et souvent de sensibilité ; leur respiration est rare ou fréquente, embarrassée et stertoreuse; souvent il y a des évacuations involontaires : on dit alors que l'apoplexie est *foudroyante*. Il est rare pourtant que dans ces cas la mort soit instantanée ; la plupart des malades vivent, en effet, encore un jour, ou tout au moins trois ou quatre heures, puis ils succombent sans qu'on observe aucune diminution dans les symptômes. Cependant le plus communément l'hémorrhagie cérébrale ne débute pas avec autant d'intensité. Quoique l'épanchement soit généralement moins abondant que dans le cas précédent, les malades toutefois tombent, comme

(1) *Dictionnaire de médec. et de chirur. pratiques*, article *Apoplexie*. (2) *Gaz. méd. de Paris*, année 1837, p. 241.

tantôt, privés de mouvement, de sensibilité et d'intelligence ; leur respiration est lente ; leur pouls, large, est le plus souvent d'une lenteur remarquable ; quelquefois pourtant il est plus ou moins accéléré. La plupart n'offrent point une résolution de tous les membres, mais seulement une paralysie qui n'occupe qu'une partie du corps ; souvent la sensibilité n'est qu'obtuse ; parfois même elle est tout à fait intacte. Enfin la perte de connaissance n'est que momentanée, c'est-à-dire qu'après quelques heures et au plus tard après deux ou trois jours d'un état comateux, les individus reprennent en partie l'usage des sens et de leur intelligence. Il est encore des malades qui, au moment de l'attaque, n'éprouvent qu'une sorte d'étourdissement ou de vertige qui les fait tomber, s'ils sont debout ; mais ils conservent la plénitude de leur raison, et quand on les relève, on constate qu'ils sont hémiplégiques, c'est-à-dire paralysés d'une moitié du corps. Dans quelques cas, cette paralysie est incomplète, ou bien elle est bornée à un des membres supérieurs ou inférieurs ; ou bien il n'y a qu'un peu de déviation de la face et un léger embarras de la parole. Enfin il est des individus qui, étant frappés d'hémorrhagie cérébrale pendant le sommeil, ne sont pas réveillés ; ils continuent à dormir paisiblement, et à leur réveil, qui se fait comme de coutume, souvent au moment où ils font effort pour sortir de leur lit, ils s'aperçoivent qu'ils sont paralysés d'une moitié du corps.

En somme, quel que soit le degré de l'épanchement, celui-ci a pour effet constant d'abolir, ou du moins d'affaiblir la motilité et presque toujours aussi la sensibilité dans une partie du corps. Ce sont là, à proprement parler, les seuls symptômes qui soient constants. Les troubles de la motilité consistent dans la paralysie complète ou incomplète des muscles de toute une moitié du corps ; les membres ne peuvent plus se mouvoir : si on les soulève et qu'on les abandonne ensuite à leur propre poids, ils retombent comme des masses inertes. En général, la paralysie est plus complète dans le membre supérieur que dans le membre inférieur, celui-ci exécute parfois quelques légers mouvements, tandis que le bras est dans une immobilité absolue. La commissure labiale est souvent tirée du côté sain, par suite de l'affaissement des muscles du côté opposé correspondant aux membres paralysés. Ce symptôme ne devient parfois évident que lorsque le malade parle, rit ou grimace. Il est d'ailleurs très irrégulier ; il peut être très marqué dans les hémorrhagies légères, et manquer tout à fait dans celles qui sont graves. Il en est de même de la paralysie de la langue, qui se révèle tantôt uniquement par un embarras dans la parole, et plus rarement par une déviation de l'organe. Celui-ci, en effet, étant tiré hors de la bouche, on voit parfois sa pointe s'incliner vers le côté du corps correspondant à la paralysie des membres, phénomène qu'on peut expliquer en supposant, avec M. Lallemand, que le génio-glosse du côté de la paralysie étant lui-même plus ou moins paralysé, la langue n'est tirée de la bouche que par la contraction du génio-glosse opposé ; celui-ci, n'ayant plus d'antagoniste, attire fortement de son côté la base de la langue, et ce mouvement a pour effet nécessaire de dévier la pointe du côté opposé. Quoi qu'il en soit de l'explication, la déviation de la langue est un phénomène, sinon rare, du

moins peu ordinaire; la paralysie des paupières et des muscles moteurs du globe oculaire est un phénomène plus rare encore; enfin les muscles du larynx sont encore moins souvent affectés que les précédents; leur paralysie se traduit par une aphonie plus ou moins complète. La paralysie peut affecter aussi les muscles de la vie organique : c'est ainsi que dans les apoplexies fortes il y a dysphagie; mais le plus souvent le défaut d'innervation n'atteint que le rectum et la vessie, d'où résulte, soit une rétention d'urine, soit la sortie involontaire de ce liquide et des matières fécales.

Les lésions de la sensibilité sont bornées le plus souvent aux membres paralysés, ceux-ci sont le siége de fourmillements, d'engourdissements, ou bien la peau est insensible ou moins sensible que de coutume aux irritations ou aux excitations extérieures. Dans quelques cas fort rares, on a vu pourtant la paralysie du sentiment être plus étendue que celle du mouvement. Quoi qu'il en soit, la perte de sensibilité peut être telle que lorsque la peau de ces parties devient le siége d'une affection inflammatoire, comme un érysipèle, les malades peuvent n'éprouver aucune douleur, même lorsqu'on exerce une pression assez forte. Les sens peuvent être plus ou moins altérés : ainsi quelques malades perdent entièrement la vue; mais cela n'a lieu que dans les hémorrhagies très graves; plus souvent la cécité est bornée à un seul œil; elle affecte tantôt l'œil situé du même côté de l'épanchement, tantôt celui du côté opposé, variations qui s'expliquent par la raison que les nerfs optiques sont tantôt entrecroisés et tantôt simplement accolés. On voit beaucoup d'apoplectiques dont une des narines cesse d'être impressionnée par les odeurs; la muqueuse de Schneider, et la muqueuse oculaire, peuvent aussi être privées de leur sensibilité tactile; elles sont alors insensibles à l'action des corps extérieurs. Des malades perdent l'ouïe, quelques uns enfin ont une moitié de la langue qui ne perçoit plus les saveurs. Tels sont les symptômes qui sont immédiatement liés à la présence d'un épanchement sanguin dans le cerveau.

Pour terminer le tableau de la maladie, nous dirons que chez la plupart des individus la respiration est lente et facile; le pouls, large, a une fréquence médiocre, à moins de complication. Il y a une constipation plus ou moins opiniâtre; la face porte une empreinte de stupeur; elle est souvent rouge, injectée, vultueuse; parfois, au contraire, elle est pâle.

Les symptômes précédents offrent, comme on a vu, un degré d'intensité variable, suivant que l'hémorrhagie est faible, moyenne ou grave; assez généralement il y a un rapport direct entre la gravité des symptômes et l'étendue des lésions. Mais on a prétendu aussi qu'il existait des signes spéciaux, suivant que l'hémorrhagie avait lieu dans le cerveau, dans le cervelet ou dans le mésocéphale. Cette opinion ne nous semble pas être jusqu'à présent justifiée par des faits suffisamment nombreux. Les auteurs qui ont prétendu trouver quelques signes diagnostics n'ont jamais invoqué que des cas isolés, ou bien se sont appuyés sur des données physiologiques insuffisantes : c'est ce que nous démontrerons bientôt en parlant du diagnostic différentiel.

Marche, durée, terminaisons. — Nous n'avons plus à nous occuper ici des cas assez rares où l'hémorrhagie cérébrale produit la mort presque instantanément, ou bien au bout d'une ou de quelques heures seulement. Lorsque la maladie a une marche moins rapide, sa terminaison peut être favorable ou funeste. Dans le premier cas, on voit tantôt la maladie, parvenue d'emblée à son apogée, ne faire aucun progrès ; d'autres fois, au contraire, il y a pendant quelques jours une période d'augment. Ainsi tel malade qui, au début, n'éprouvait qu'un peu d'affaiblissement ou d'engourdissement d'une moitié du corps, finit par avoir une paralysie complète ; et celle-ci s'établit tantôt progressivement ; tantôt, au contraire, les parties qui étaient seulement affaiblies tombent brusquement dans la résolution. Lorsque l'apoplexie s'accompagne de l'abolition des facultés intellectuelles, on voit, comme premier signe d'amélioration, les malades sortir de l'état comateux dans lequel ils étaient plongés, et commencer à se mettre en rapport avec le monde extérieur. Lorsque la maladie doit avoir une heureuse issue, il est rare que la perte de connaissance dure plus de trois ou quatre jours. Le pouls revient alors à son rhythme, et l'appétit renaît. Lorsque l'hémorrhagie a été assez abondante, ces signes d'amélioration sont les seuls qu'on observe pendant une ou plusieurs semaines, et ce n'est qu'au bout d'un temps assez long qu'on voit diminuer les symptômes de paralysie ; la sensibilité, si elle a été abolie ou diminuée, renaît avant la motilité ; la parole devient plus libre, la face est moins déviée ; bientôt les membres sont le siége de fourmillements ; le mouvement renaît d'abord dans le membre inférieur, et plus tard dans le membre supérieur ; le retour de la sensibilité suit la même marche. L'amélioration se fait toujours fort lentement. Si la paralysie a été complète, il est rare que les individus soient guéris avant cinq ou six mois ; cela, d'ailleurs, n'a guère lieu que chez les jeunes sujets. Les membres reprennent alors leur motilité et leur sensibilité ordinaire. On cite quelques cas d'hémiphlégiques chez lesquels le mouvement se serait rétabli complétement, tandis qu'ils auraient conservé toute leur vie une paralysie du sentiment. Mais ces faits sont extrêmement rares, et le contraire est plus souvent observé. Après quarante ans, les individus restent plus ou moins infirmes : ils ne recouvrent qu'incomplétement l'usage des membres inférieurs, ils marchent en fauchant, et avec plus ou moins de difficulté. Le membre supérieur est plus impotent encore ; l'avant-bras reste dans une demi-flexion, les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main ; le membre s'atrophie, s'œdématie, sa température diminue, et prend une couleur violacée, phénomènes qui dépendent de la langueur de la nutrition ; enfin les articulations sans cesse immobiles finissent même par s'ankyloser. Chez ces mêmes malades les facultés intellectuelles sont rarement aussi complètes qu'avant l'attaque. Chez la plupart, en effet, la mémoire est affaiblie ; d'autres se rappellent les choses passées, tandis que les événements présents sont de suite oubliés ; il en est qui perdent l'usage de telle ou telle partie du discours, comme les substantifs, les adjectifs ou les verbes ; enfin beaucoup tombent dans l'enfance : ils pleurent, rient sans motifs, présentent les symptômes

d'une démence sénile, et succombent à une nouvelle attaque, à un ramollissement consécutif, ou à quelque complication étrangère au cerveau. M. Rochoux estime que sur 100 individus qui survivent à une hémorrhagie, il y en a au moins 60 qui ont tôt ou tard un ramollissement de cet organe. Lorsque l'hémorrhagie a une issue funeste, beaucoup d'individus succombent du troisième au huitième jour sans recouvrer connaissance ; d'autres reprennent leur sens, mais ce n'est que pour un temps fort court, et ils ne tardent pas à retomber dans un état comateux. La paralysie alors persiste, devient plus complète et s'étend ; les yeux sont fermés, les pupilles sont immobiles, la respiration est gênée et stertoreuse ; à chaque mouvement d'expiration, les joues sont gonflées, et l'air, en sortant, repousse la lèvre supérieure, comme dans l'action de fumer. Le pouls s'accélère, devient petit, irrégulier ; la face est pâle, les lèvres s'encroûtent de fuliginosités, la déglutition ne se fait plus à cause de la paralysie du pharynx et de l'œsophage, les urines et les matières fécales s'échappent involontairement, enfin la mort arrive.

Récidives. — L'hémorrhagie cérébrale est une des maladies qui récidivent le plus souvent ; presque tous les individus qui ont échappé à une première hémorrhagie finissent par succomber à une nouvelle attaque. Ces récidives ont lieu à une époque plus ou moins rapprochée : ainsi quelquefois une nouvelle hémorrhagie frappe le malade lorsque les principaux symptômes du premier épanchement ont à peine commencé à diminuer ; mais, en général, il se passe plusieurs mois ou même plusieurs années entre chaque récidive. Les hémorrhagies qui ont ainsi lieu successivement se forment le plus souvent dans le même hémisphère, et fréquemment dans le voisinage du premier foyer. Cependant il n'est pas rare de voir l'épanchement se faire dans un point éloigné ou même dans l'hémisphère opposé.

Complications. — L'épanchement sanguin du cerveau peut donner naissance à plusieurs complications qui viennent modifier d'une manière importante les symptômes de la maladie principale. La complication la plus fréquente est le ramollissement des parois du foyer sanguin. Cette lésion survient, le plus souvent, dans le premier septénaire ; elle est caractérisée par une céphalalgie vive ou obtuse, et bornée en général à un point assez circonscrit. On constate aussi de la roideur, des mouvements convulsifs et de la contracture dans les membres paralysés, avec ou sans douleurs vives, phénomènes qui alternent souvent avec une résolution complète de ces mêmes parties. En même temps le pouls s'accélère, il y a une chaleur fébrile, les malades tombent dans le coma et succombent. Toutefois la complication dont je parle est loin d'être toujours mortelle. Chez d'autres malades, un épanchement séreux se forme dans les ventricules et dans le tissu sous-arachnoïdien, lésion qui coïncide généralement avec les signes d'une compression cérébrale. Une arachnitis peut encore survenir ; cette complication est une des plus rares. Enfin, un grand nombre d'affections étrangères au cerveau peuvent se développer. Je citerai en particulier la diarrhée, qui épuise les forces ; la pneumonie, dont le développement

s'explique par la faiblesse et le décubitus prolongé ; enfin, les escarres au sacrum et aux trochanters, dont la chute est suivie d'une abondante suppuration qui épuise les malades.

Diagnostic. — Dans le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale il faut, 1° distinguer l'affection de toutes les maladies avec lesquelles elle a quelque rapport ; 2° déterminer son siége ; 3° indiquer les complications.

Parmi les affections cérébrales il n'y a guère que le ramollissement, la congestion et l'hémorrhagie méningée qui puissent être confondues avec l'apoplexie. Nous dirons plus tard à quels signes on distinguera celle-ci du ramollissement primitif. Quant à la congestion, nous avons vu qu'elle s'accompagne fréquemment de tous les symptômes des hémorrhagies : aussi ne peut-on arriver au diagnostic différentiel qu'en comparant la marche des accidents dans l'une et dans l'autre. Ainsi, dans la première, les symptômes graves qui semblaient menacer la vie diminuent ou cessent complétement au bout de quelques minutes, ou de quelques heures, ou, au plus tard, après quelques jours, tandis que, dans tous les cas d'hémorrhagie, nous avons vu que la marche était infiniment plus lente et que la guérison n'était presque jamais complète. Si l'hémorrhagie méningée est tout à coup abondante, elle produira des symptômes de compression brusque, qui ne différeront pas de ceux que détermine l'épanchement intra-cérébral : aussi le diagnostic différentiel est-il alors, le plus souvent, à peu près impossible. Cependant M. Boudet pense qu'on pourra distinguer les deux maladies l'une de l'autre, car la comparaison d'un grand nombre d'observations lui a appris que l'épanchement de sang dans les membranes du cerveau déterminait aussitôt de la contracture, tandis que dans l'hémorrhagie cérébrale ce symptôme ne survenait qu'après le développement du ramollissement consécutif autour du foyer apoplectique, à moins que celui-ci, intra-cérébral d'abord, se soit fait jour consécutivement, soit dans les ventricules, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde. Si, au lieu de s'opérer brusquement, l'hémorrhagie méningée se fait par contre lentement, la paralysie et les autres symptômes de compression suivront la même marche, c'est-à-dire qu'ils se développeront progressivement, peu à peu. Mais un point fort important à noter, c'est que dans ce cas les accidents, et notamment la paralysie et le coma, pourront offrir des intermittences, c'est-à-dire qu'ils diminueront souvent du jour au lendemain pour revenir ensuite à leur degré primitif, et même pour s'aggraver lorsque l'hémorrhagie s'arrête pour se reproduire plus tard. La considération de ces circonstances suffira pour distinguer les deux maladies que je compare actuellement ; il est, au contraire, à peu près impossible de déterminer pendant la vie si le sang est épanché ou s'il est seulement infiltré comme nous l'avons trouvé dans cette forme d'apoplexie que nous avons nommée *capillaire*. Quoi qu'en pensent certains auteurs, nous admettons l'existence des apoplexies nerveuses, c'est-à-dire des apoplexies qui produisent tous les symptômes des hémorrhagies cérébrales sans lésion appréciables des centres nerveux. J'ai observé, avec M. Chomel, un fait de ce genre, que j'ai publié en 1837 dans *la Presse médicale* et M. Lelut en

a cité plusieurs autres dans *la Gazette médicale* de 1835. Il faut convenir qu'il n'existe aucun moyen pour éviter l'erreur ; mais les cas dont je parle sont tellement rares qu'on pourra en faire de suite abstraction dans la pratique, lorsqu'il s'agira d'établir le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale. Des maladies plus ou moins étrangères au cerveau peuvent simuler enfin une hémorrhagie encéphalique ; ce sont surtout : l'ivresse, la syncope, l'asphyxie et la rupture d'une tumeur anévrismale. (Voir ces affections).

Une fois fixé sur l'existence d'une hémorrhagie, le médecin cherchera à préciser le siége de l'épanchement ; il parviendra à le faire en ayant surtout égard au siége même occupé par la paralysie. Ainsi des faits innombrables ont prouvé que l'épanchement cérébral siégeait dans l'hémisphère opposé au côté paralysé, c'est-à-dire que, pour une hémorrhagie de l'hémisphère droit, il y a une paralysie du côté gauche. Cette action croisée s'explique par l'entrecroisement des pyramides ; on sait, en effet, que les fibres de droite vont dans l'hémisphère gauche du cerveau, et *vice versâ*. Cependant cette explication, qui est bonne pour la paralysie des membres, est défectueuse pour celle de la face. Il faudrait, en effet, d'après cette théorie, que la face fût paralysée du même côté que l'épanchement, puisque les nerfs de cette partie naissent *au-dessus de l'entrecroisement*. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait n'en subsiste pas moins. Tout en admettant en loi l'état croisé de l'altération cérébrale et de la paralysie, il importe cependant de prévenir le lecteur qu'il existe dans la science quelques observations authentiques qui prouvent que la paralysie peut avoir lieu du même côté que l'épanchement ; mais ces faits sont trop rares, trop exceptionnels pour nous empêcher, dans un cas donné d'hémiplégie, d'affirmer que l'épanchement siége dans l'hémisphère du côté opposé. Nous serait-il possible de localiser encore mieux la maladie ? Peut-on, par exemple, affirmer que l'épanchement occupe le lobe moyen ou antérieur, le corps strié ou la couche optique, la corne d'Ammon ou les circonvolutions, etc., d'après le siége et les limites de la paralysie ? Je regarde cette localisation comme impossible dans l'état actuel de la science. Les faits qu'on a invoqués en leur faveur sont en trop petit nombre, et sont contredits par des observations beaucoup plus nombreuses, comme on peut s'en convaincre par les relevés de M. Andral, ainsi que par l'opuscule du docteur Finck, publié, en 1830, à Fribourg-Brisgaw, et dans lequel les prétentions des localisateurs sont jugées par une statistique faite sur une très grande échelle. Non seulement on ne peut localiser l'épanchement dans telle ou telle partie du cerveau, mais il n'existe même aucun groupe de symptômes à l'aide desquels on puisse déterminer sûrement si l'épanchement est situé dans le cerveau, dans le cervelet ou dans la protubérance. En effet, l'amaurose, le coma, la paralysie du sentiment avec conservation du mouvement, l'impulsion invincible à marcher ou à tourner dans un sens, enfin l'excitation des organes génitaux chez l'homme, ont été tour à tour considérés comme des signes d'une hémorrhagie cérébelleuse. Mais, je le répète, rien n'est encore démontré à cet sujet. D'ailleurs

l'hémorrhagie du cervelet, quand elle siége dans le lobe médian, produit l'hémiplégie ou une paralysie générale, et elle tue assez rapidement, probablement à cause de la compression de la moelle. Lorsque l'épanchement siége dans un des lobes latéraux, il y a, en général, hémiplégie dans le côté opposé du corps : cependant il n'est pas très rare d'observer la paralysie directe, ce qu'on a expliqué par le non-entrecroisement des cordons postérieurs de la moelle qui vont s'épanouir dans le cervelet. Une paralysie générale et subite, précédée parfois de mouvements convulsifs, l'immobilité complète, des symptômes asphyxiques et une mort rapide, doivent faire *supposer* que l'hémorrhagie a son siége dans la protubérance : je dis *supposer*, car les mêmes accidents se retrouvent dans les apoplexies graves du cerveau et du cervelet; d'autres fois l'hémorrhagie de la protubérance, exactement circonscrite dans une de ses moitiés, n'a produit qu'une hémiplégie ordinaire; chez d'autres, on a observé une contracture des membres, comme dans les hémorrhagies méningées. D'où nous concluons, avec MM. Delaberge et Monneret, que, des symptômes pris isolément ou dans leur ensemble, il n'en existe aucun qui puisse faire distinguer l'hémorrhagie du mésocéphale des autres espèces d'hémorrhagies.

Pronostic. — L'hémorrhagie encéphalique est une maladie toujours grave; elle tue, en effet, dès la première attaque, le tiers ou le quart de ceux qu'elle frappe, et la plupart des individus qui échappent une première fois restent infirmes, impotents, jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorrhagie ou un ramollissement consécutif les emporte. En général, le pronostic devient plus grave à mesure que les hémorrhagies se répètent. Ainsi, quoiqu'on cite des individus qui ont eu quinze ou seize attaques, et plus encore, cependant il importe de dire que ces cas sont infiniment rares, et que la plupart de ceux qui sont frappés trois ou quatre fois n'en reviennent point. D'ailleurs le pronostic de la maladie variera suivant la nature des symptômes, les complications, l'âge et la constitution des sujets : ainsi le coma profond, la résolution des membres, une respiration entrecoupée, stertoreuse, l'impossibilité de la déglutition, la décomposition des traits, l'accélération fébrile du pouls, sont des symptômes du plus fâcheux augure. Lorsque la perte de connaissance se prolonge au-delà de trois ou quatre jours, il est probable que la maladie aura une issue funeste. L'accélération du pouls, la chaleur de la peau, sont aussi des signes fâcheux ; ils coïncident en général avec le développement de la contracture, et se lient presque toujours au ramollissement des parois du foyer. Toutes choses égales d'ailleurs, la gravité de la maladie augmente avec le nombre des années : ainsi, sur trente et un apoplectiques dont parle M. Rochoux, et qui avaient plus de soixante-dix ans, tous ont succombé. Le petit nombre de vieillards qui résistent à la première attaque restent infirmes et tombent dans l'enfance; quelques rares exceptions ne sauraient détruire la règle générale que je viens d'établir. L'apoplexie cérébrale offre aussi plus de gravité chez les sujets sanguins, pléthoriques, en raison de la facilité plus grande qu'a la maladie à récidiver chez eux.

Étiologie. — Les causes de l'hémorrhagie sont nombreuses. Quoique

cette maladie puisse affecter les individus peu de jours après la naissance comme Billard, MM. Sestier, Vernois et Cazalis l'ont vu, on peut dire pourtant qu'elle est rare avant l'âge de trente ans; elle devient, au contraire, assez commune entre cinquante et soixante, mais elle paraît avoir son maximum de fréquence de soixante à soixante-dix ans (Rochoux). Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur l'influence du sexe; mais il résulte des relevés de M. Falret que l'hémorrhagie cérébrale est presque trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Quoique la maladie sévisse chez les sujets de toute constitution, quoique les individus d'un tempérament sec et nerveux deviennent souvent apoplectiques, il est cependant reconnu que les personnes replètes, grasses, pléthoriques, qui ont une tête grosse, un cou court, la face très injectée, sont plus spécialement exposées à l'hémorrhagie : aussi dit-on souvent que les individus qui présentent l'ensemble de caractères que je viens d'indiquer ont une *constitution apoplectique*. On a également reconnu que plusieurs de nos organes pouvaient agir quelquefois sympathiquement sur le cerveau : ainsi il est certain que le travail de la digestion produit chez beaucoup d'individus un état de congestion vers le cerveau qui favorise la production des épanchements sanguins. Il en est de même d'une constipation prolongée; mais il ne me paraît pas aussi bien prouvé, ainsi qu'on le croit depuis Legallois, que l'hypertrophie du ventricule gauche constitue une prédisposition active au développement de l'hémorrhagie cérébrale : c'est, je le répète, un point qui ne me semble pas encore parfaitement établi, même après la lecture du travail important que M. Bricheteau a publié dans sa *clinique de l'hôpital Necker*. M. Rochoux, dans plusieurs de ses écrits, et notamment dans les *Archives de* 1834, s'est beaucoup élevé contre cette doctrine, et a produit contre elle un nombre de faits imposants. Rien ne démontre non plus que l'accomplissement des actes génitaux soit, comme on l'a dit, une cause prédisposante. Il n'en est pas de même du sommeil, et surtout du sommeil trop prolongé; car M. Gendrin a calculé que, sur cent soixante-seize cas d'hémorrhagies du cerveau, il y en avait quatre-vingt-dix-sept dont l'invasion s'était faite pendant le sommeil, et parmi ces derniers l'attaque est survenue quatre-vingt-quatre fois pendant le sommeil de la nuit. L'hémorrhagie paraît être une affection souvent héréditaire. Quant à l'influence qu'on a attribuée à la grossesse, elle est nulle; c'est ce que M. Gerardin a prouvé par des chiffres dans la séance de l'Académie de médecine, du 17 avril 1836. Il est également très contestable que les travaux intellectuels prédisposent beaucoup à la maladie, tandis que l'influence des émotions morales et surtout des passions tristes est mieux démontrée. L'apoplexie paraît être plus commune pendant l'hiver et le printemps (Falret); des variations brusques de température ou dans la pression atmosphérique y prédisposent, c'est ce qui explique pourquoi on a pu la voir quelquefois régner en quelque sorte épidémiquement comme Baglivi et Lancisi l'ont constaté à Rome; et Malouin, à Paris. Une nourriture substantielle, l'usage des stimulants et des alcooliques, des vêtements serrant le cou et faisant

stagner le sang dans la tête, sont les causes prédisposantes extérieures qui sont les moins contestables. Presque toutes les hémorrhagies cérébrales ont lieu spontanément : cependant il n'est pas rare de les voir succéder à l'action évidente de quelque cause déterminante, telle que l'ébriété, une violente secousse morale, des efforts, et surtout ceux pour aller à la selle lorsque les matières fécales sont dures et volumineuses. Chez d'autres elle est survenue pendant l'acte du coït. Une insolation prolongée, le passage brusque d'une température basse à une température élevée, et réciproquement, un bain trop chaud ou trop froid, la suspension d'une hémorrhagie constitutionnelle, etc., ont eu souvent le même effet.

Traitement. — L'apoplexie cérébrale exclut la médecine expectante. Le traitement qu'on oppose à cette maladie a pour but de combattre les accidents d'hypérémie et de compression qui existent, puis de favoriser la résorption du caillot et la cicatrisation du foyer. On obéit à la première indication par l'emploi de la saignée générale, qui sera plus ou moins copieuse, et qu'on réitérera une ou plusieurs fois, suivant la force du sujet, suivant son âge, sa constitution, suivant l'état du pouls : ils nous est impossible de rien préciser à cet égard. Il faut communément donner la préférence à la saignée du bras, comme étant la plus facile et celle par laquelle on peut obtenir le plus aisément une suffisante quantité de sang : voilà pourquoi nous n'approuvons ni les saignées du pied, ni celles des jugulaires, que quelques uns ont proposées, ni même la section des artères temporales, à cause de la compression qu'on est obligé d'exercer sur la tête pendant plusieurs jours après. Les saignées locales seront le plus souvent associées avec avantage aux saignées générales. Les premières devront être faites spécialement au voisinage de la tête : c'est ainsi que des sangsues seront appliquées le long du cou ou derrière les apophyses mastoïdes ; on pourra remplacer les sangsues par des ventouses scarifiées à l'occiput et à la nuque, régions dont les vaisseaux ont des communications plus ou moins directes avec les canaux veineux de l'intérieur du crâne. Pour la même raison, Lancisi, et M. Cruveilhier récemment, ont préconisé la saignée de la pituitaire, soit à l'aide de scarifications, soit mieux encore, à l'aide d'une ou deux sangsues appliquées dans les narines. Dans les cas où la congestion encéphalique est très forte, très rebelle, ou lorqu'il y a imminence que des accidents inflammatoires se développent, mieux vaut peut-être choisir les apophyses mastoïdes, mais on aura soin d'entretenir l'écoulement d'une manière continue pendant plusieurs heures, ou même pendant une journée entière, en appliquant successivement un petit nombre de sangsues, qu'on remplace par d'autres au fur et à mesure qu'elles tombent, ou lorsque l'écoulement sanguin se suspend. La plupart des médecins préfèrent (et c'est à tort suivant nous) appplicquer les sangsues sur un point éloigné du cerveau, comme aux malléoles, et surtout à l'anus ; car l'effet dérivatif qu'on se propose d'obtenir est souvent nul. Il n'y a réellement avantage à suivre cette pratique que lorsqu'on veut rappeler une hémorrhagie constitutionnelle dont la suppression paraît avoir occasionné le développement de l'apoplexie cérébrale. En règle générale, les

saignées sont d'autant plus utiles qu'on les fait à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Quoiqu'il soit fort rare de voir des apoplexies cérébrales dans lesquelles l'usage de toute émission sanguine soit contre-indiquée, cependant des cas de ce genre existent, et il importe de bien les connaître, car une saignée intempestive pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Ainsi, dans ces apoplexies foudroyantes qui s'accompagnent d'une résolution générale, lorsque le pouls est irrégulier, petit et misérable, lorsqu'enfin la peau est froide, il faut, au lieu de tirer du sang, exciter, réveiller la sensibilité, soutenir les forces prêtes à s'éteindre, en faisant sur la peau des frictions sèches, excitantes, en appliquant des sinapismes et des vésicatoires, et en administrant une boisson aromatique et cordiale. Si on est assez heureux, par ces moyens, pour ranimer la chaleur et pour donner une certaine résistance au pouls, on devra alors recourir aux émissions sanguines; mais on les fera d'abord prudemment. Il arrive aussi des cas où les caractères du pouls sont tels que, sans contre-indiquer précisément l'emploi de la saignée, ils n'engagent pas pourtant le médecin à y recourir. Que faire alors ? Nous pensons que dans ces conditions, surtout si les malades sont encore à une époque voisine du début, on devra faire une saignée *exploratrice*, et, d'après les effets immédiats qu'on obtiendra, on insistera sur ce moyen, ou bien on l'abandonnera tout à fait.

Aussitôt après la saignée, on devra recourir à l'emploi des dérivatifs sur la peau et sur le tube digestif : ainsi des cataplasmes synapisés seront promenés sur les extrémités inférieures ou bien on mettra celles-ci dans les ventouses Junod, on administrera enfin des laxatifs par la bouche et en lavements. Ceux-ci auront le double avantage de produire une dérivation, et d'empêcher les matières stercorales, que nous avons signalées comme pouvant exercer une fâcheuse influence sur le cerveau lorsqu'elles sont accumulées en grande quantité dans le rectum. Quelques médecins préfèrent les drastiques aux simples laxatifs; mais cette pratique paraît avoir eu parfois des inconvénients graves; il en est de même des vomitifs, dont les anciens ont souvent abusé dans le traitement de l'hémorrhagie cérébrale, et dont l'emploi peut avoir des suites fâcheuses. On conçoit, en effet, que les efforts qui accompagnent les vomissements, en augmentant l'hypérémie cérébrale, puissent favoriser la production d'un nouvel épanchement. Cependant il est des cas où l'émétique nous paraît indiqué, c'est lorsque l'apoplexie, survenant peu après les repas, l'estomac se trouve distendu par des aliments, condition qui, comme nous l'avons vu, doit favoriser la congestion cérébrale. On a dit, il est vrai, qu'on pouvait même dans ces cas se dispenser de donner l'émétique, et qu'en pratiquant une saignée copieuse, on provoquera presque toujours le rejet des matières contenues dans l'estomac. Mais outre que cet effet n'a pas nécessairement lieu, il est reconnu que le vomissement qui est excité par les pertes de sang s'accompagne d'un état de malaise plus grand, et que souvent il nécessite pour s'effectuer des efforts plus considérables : pour tous ces motifs, on doit, quand l'estomac contient des aliments, faire

précéder la saignée par l'administration de 10 à 15 centigrammes d'émétique. Enfin, indépendamment de la circonstance dont je parle, l'emploi du vomitif peut encore être indiqué par une complication saburrale. Il est inutile de dire qu'avec les moyens que je viens d'énumérer les malades seront soumis à une diète sévère, à l'usage d'une boisson acidule, tempérante et laxative. On prescrira le repos le plus absolu; on éloignera toutes les causes d'excitation; la température de la chambre sera fraîche; la tête, découverte, ou du moins légèrement couverte, sera maintenue élevée et appuyée sur un oreiller de crin ou de balles d'avoine; enfin on évitera qu'aucun vêtement ne comprime la poitrine et le cou. En supposant que ces moyens thérapeutiques produisent une amélioration rapide, on devra néanmoins ne pas se départir, pendant les sept ou huit premiers jours, du régime sévère qu'on a prescrit, car c'est à cette époque que se développent souvent les complications cérébrales.

Dès qu'on constate les signes du ramollissement inflammatoire, on reviendra à l'usage des émissions sanguines; on insistera aussi sur les dérivatifs intestinaux et cutanés : c'est dans ces cas qu'on a conseillé les révulsifs plus énergiques, tels que des vésicatoires ou des cautères sur les membres, mais surtout un large séton à la nuque, dont l'utilité m'a paru bien mieux démontrée. On a encore conseillé des frictions mercurielles sur les tempes et le cuir chevelu, ainsi que l'administration du calomel à l'intérieur et à doses fractionnées, afin d'exciter la salivation. C'est là un moyen qu'on ne devra pas négliger dans les cas graves, sans que cependant son efficacité ou même son utilité soit encore bien démontrée.

Il est des apoplectiques qui sont tourmentés par l'insomnie, qui s'agitent et se plaignent sans cesse. On calme parfois ces accidents par l'administration d'un bain tiède donné avec beaucoup de précautions; mais on en triomphe plus sûrement encore en prescrivant l'opium à la dose de 2 à 5 centigrammes. C'est à tort que quelques médecins craignent d'administrer ce médicament dans les affections cérébrales : l'expérience nous prouve tous les jours combien ces craintes sont peu légitimes.

Dans la convalescence, on évitera tout ce qui pourrait favoriser une nouvelle attaque. Je renvoie, pour l'indication du régime et des soins hygiéniques à prescrire, à ce que j'ai dit précédemment pour la congestion cérébrale. D'ailleurs, les moyens à conseiller varient beaucoup : ainsi il est des individus pléthoriques chez lesquels le régime débilitant devra être continué pendant longtemps, tandis que, chez les personnes débiles ou les vieillards, on insistera sur les toniques et les analeptiques. C'est chez eux aussi qu'on pourra employer les eaux minérales, alcalines ou sulfureuses. Cependant, chez les individus replets, pléthoriques, chez lesquels les congestions encéphaliques se font facilement, les eaux minérales, dont l'action est toujours plus ou moins stimulante, ont souvent les effets les plus désastreux, en provoquant des récidives.

Divers moyens sont employés généralement pour combattre les paralysies qui persistent indéfiniment après les hémorrhagies cérébrales; mais ces médications sont inutiles pour la plupart, et beaucoup d'entre elles sont

dangereuses : ainsi les frictions sèches, aromatiques ou rubéfiantes sur les membres paralysés, l'application de vésicatoires volants, les douches, ne m'ont pas paru avoir une action bien évidente. Il en est de même de l'électricité, du galvanisme, des bains de vapeur, ainsi que de l'emploi de la noix vomique et de la strychnine à l'intérieur ou par la méthode endermique. Ces derniers agents ne sont pas seulement d'une utilité douteuse, mais ils sont souvent dangereux par l'excitation et les congestions cérébrales qu'ils provoquent.

DE L'HÉMORRHAGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE OU HÉMATOMYÉLIE.

Les hémorrhagies de la moelle épinière sont très rares. Jusqu'à présent on n'en connaît guère que six ou sept exemples, dont un a été recueilli et publié par moi dans le *Journal hebdomadaire* (année 1836).

Anatomie pathologique. — Il y a parfois plusieurs foyers sanguins; toujours ils occupent le centre de l'organe, c'est-à-dire la substance grise. Dans quelques cas, le sang, ayant déchiré la substance médullaire elle-même, on l'a trouvé épanché sous les méninges ou dans la cavité rachidienne. L'épanchement est tantôt circonscrit à une moitié latérale de la moelle; mais le plus souvent il occupe toute l'épaisseur de l'organe. La moelle est plus ou moins ramollie autour du foyer; celui-ci suit la même marche et subit les mêmes transformations que les cavernes du cerveau.

Symptômes. — Dans la plupart des cas, l'hémorrhagie spinale offre un début brusque, sans prodromes; d'autres fois, elle est précédée de douleurs vives dans un point du rachis, de fourmillements et de faiblesse dans les membres. L'épanchement sanguin a pour effet de produire instantanément la paralysie de toutes les parties situées au-dessous de lui : ainsi, lorsque l'hémorrhagie siège dans le renflement lombaire, la paralysie porte sur les membres pelviens, sur le rectum et sur la vessie. Les membres thoraciques sont en outre paralysés, lorsque la lésion atteint le renflement cervical : alors les muscles destinés à mouvoir les parois thoraciques cessent bientôt de se contracter, et la dilatation de la poitrine ne se fait plus que par l'abaissement du diaphragme. Au milieu de ces désordres l'intelligence se conserve intacte. Enfin l'hémorrhagie du bulbe rachidien produit généralement une mort instantanée, car le nerf phrénique étant lui-même paralysé, il en résulte une suspension de la respiration et partant de l'hématose. Nous avons vu que l'épanchement pouvait n'occuper qu'une moitié de la moelle : dans ce cas, la paralysie est limitée à une moitié du corps; elle peut même être bornée à un seul membre; mais toujours elle est directe; cependant, pour peu que la maladie se prolonge, la paralysie ne tarde pas à s'étendre aux membres qui avaient été d'abord épargnés.

Marche, durée, terminaison. — L'hémorrhagie spinale a une marche en général rapide. Un seul malade a vécu quarante jours; la plupart succombent au bout de quelques jours par la suspension de la respiration; chez d'autres, la mort est accélérée ou produite par le développement d'escarres sur les points qui supportent le poids du corps. Cependant l'hémor-

rhagie spinale n'est pas une affection nécessairement mortelle; c'est d'ailleurs ce que prouve un exemple de guérison rapporté par M. Cruveilhier dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique. Ce fait est le seul qu'on connaisse jusqu'à présent.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard comment on pourra distinguer l'hémorrhagie spinale du ramollissement de la moelle, seule maladie avec laquelle on pourrait la confondre. La paraplégie, qu'on observe rarement dans l'hémorrhagie cérébrale, et la conservation des facultés intellectuelles, feront distinguer l'apoplexie de la moelle de celle du cerveau. Le diagnostic pourtant offrirait quelques difficultés dans le cas où la paralysie serait limitée à la moitié du corps. Toutefois, si on considère que la paralysie n'affecte ni la face ni la langue, que l'intelligence n'a jamais été altérée, que la paralysie n'a pas été précédée de phénomènes qui indiquent une congestion crânienne, on sera alors autorisé à rattacher les accidents qu'on observe à une lésion de la moelle épinière.

Pronostic. — Le pronostic de l'affection est, comme on le voit, extrêmement grave.

Étiologie. — Les causes de l'hémorrhagie de la moelle sont inconnues.

Traitement. — Le traitement repose sur les mêmes bases que celui de l'hémorrhagie cérébrale ; on devra surtout appliquer un grand nombre de ventouses sur le trajet du rachis, afin de dégorger directement les vaisseaux de la moelle. Il faudra aussi, par des soins hygiéniques convenables, tâcher de prévenir les escarres qu'on voit se former très rapidement sur le sacrum à la suite de toutes les maladies de la moelle épinière.

DE L'APOPLEXIE PULMONAIRE.

Les poumons peuvent devenir spontanément le siége d'épanchements sanguins qui offrent une grande analogie avec ceux du cerveau. Latour a donné à cette affection le nom d'*apoplexie ;* et cette expression est justifiée, non seulement par les lésions anatomiques, mais encore par le mode d'invasion de la maladie, qui est souvent brusque, instantanée, ainsi que par sa marche rapide, toutes circonstances qui doivent la rapprocher de l'apoplexie du cerveau. MM. Andral et Gendrin préfèrent le mot de *pneumo-hémorrhagie* pour désigner la maladie dont nous allons parler.

Historique. — L'apoplexie pulmonaire était une maladie à peu près inconnue avant Laënnec ; ce fut ce grand médecin qui, le premier, en donna une description exacte, à laquelle ses successeurs ont peu ajouté. Il serait injuste, cependant, de ne pas rappeler les travaux de MM. Bouillaud (1), Cruveilhier (2), Rokitanski (3), ainsi que la thèse remarquable de M. Henri Guéneau de Mussy (4).

Caractères anatomiques. — L'apoplexie pulmonaire est anatomiquement

(1) *Archives de médecine*, année 1825. (2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie prati.*, article *Apoplexie*. (3) *Handbuch den pathologischen Anatomie*, t. II, p. 72. (4) Thèses de Paris, année 1844.

caractérisée par une induration plus ou moins circonscrite du poumon. Au niveau de cette altération, le tissu de l'organe infiltré de sang offre une coloration noirâtre plus ou moins foncée. La partie indurée a un aspect homogène; on n'y reconnaît plus de la texture du poumon que les bronches et les gros vaisseaux, dont les tuniques sont elles-mêmes imbibées de sang. La surface des incisions est grenue comme l'est celle du poumon dans l'hépatisation rouge, ce qui prouve que le sang n'infiltre pas seulement le tissu cellulaire, mais qu'il remplit et distend aussi les vésicules pulmonaires. Si on râcle avec le scalpel la partie ainsi altérée, ou si on la presse entre les doigts, on en fait suinter un peu de sang noir, en partie coagulé. Cette coloration du sang n'est pas une preuve certaine, comme on l'a dit, que l'apoplexie pulmonaire est formée aux dépens du sang veineux, attendu qu'on sait à présent, depuis les expériences de Hunter, que le sang artériel lui-même, du moment qu'il est privé de mouvement, ne tarde pas à acquérir les propriétés du sang veineux. Nous venons de parler des cas les plus communs; mais il arrive quelquefois qu'au lieu de former un noyau uniformément induré, on trouve creusée au centre une petite cavité occupée par un caillot noirâtre : le noyau, dans ce cas, au lieu d'être dur extérieurement, est au contraire mou et même plus ou moins fluctuant. L'altération dont je parle occupe rarement d'une manière uniforme la totalité ou la plus grande partie d'un lobe; mais le plus ordinairement elle est disséminée sous forme de noyaux, dont le nombre varie de 1 à 30, et qui ont, les uns le volume d'une noisette ou d'une noix; les autres, celui d'une pomme d'api ou d'un œuf. Ils sont, en général, assez voisins de la surface; ils occupent le plus souvent le lobe inférieur, et existent en général simultanément dans les deux poumons. Ces noyaux d'induration, qu'on distingue par leur couleur noirâtre quand ils sont superficiels, et qu'on sent quand ils sont profonds, en pressant les poumons entre les doigts, sont presque toujours exactement circonscrits. L'induration qui les caractérise est aussi marquée à la périphérie qu'au centre; et le tissu pulmonaire qui les entoure est mou, crépitant, et en général sans aucune altération de texture; parfois pourtant on le trouve infiltré d'une sérosité plus ou moins sanguinolente. Ajoutons que, si la mort est arrivée peu après le début des accidents, il peut se faire que la délimitation ne soit point brusque, mais qu'elle ait lieu insensiblement, c'est-à-dire qu'une partie de l'épanchement soit coagulée, tandis que l'autre ne l'est pas encore : MM. Hope, Rokitanski et Gueneau de Mussy ont surtout insisté sur cette particularité. Dans quelques cas rares, le sang n'est pas seulement infiltré, il ne s'est pas seulement borné à déchirer quelques cloisons; mais le parenchyme pulmonaire est lui-même lacéré, détruit dans une plus ou moins grande étendue; on a même vu alors la plèvre, elle-même rompue, livrer passage au sang qui s'épanche dans la cavité de cette séreuse en quantité plus ou moins considérable. Des faits de ce genre ont été observés par Corvisart, par Latour, par MM. Bayle, Bricheteau, Andral, Gendrin, Ferguson, Rokitanski, Carswell, etc. Un cas beaucoup plus rare est celui où la plèvre est soulevée, décollée dans une grande

étendue sans rupture. Allan Burns et M. Gueneau de Mussy rapportent chacun un exemple de cette disposition remarquable. Enfin, les veines qui entourent les noyaux indurés contiennent souvent du sang fortement concrété et à demi sec (Laënnec, Bouillaud).

La lésion dont je viens de tracer les caractères est due évidemment à une extravasation de sang dans les vésicules et dans le tissu cellulaire inter-vésiculaire. Les granulations qu'on remarque à la surface des incisions ne sont autres, en effet, que les vésicules elles-mêmes dont la cavité est remplie et distendue par un petit caillot. Dans l'apoplexie pulmonaire il paraît que le sang ne provient pas d'un vaisseau rompu : ce liquide n'est probablement qu'exhalé, et tout porte à penser qu'il est fourni par les veines pulmonaires. D'après la description précédente, on voit que l'apoplexie du poumon diffère de celle du cerveau : car dans celle-ci il y a une cavité plus ou moins spacieuse remplie par un caillot; dans la première, au contraire, il est rare qu'une excavation soit produite ; le sang y est plutôt infiltré qu'épanché, ce qui s'explique par la résistance que le tissu pulmonaire oppose, tandis que la pulpe cérébrale, molle et friable, cède facilement à l'impulsion du sang.

Nous ne savons encore rien de bien précis sur les modifications successives qu'éprouve l'induration apoplectique des poumons, lorsque l'engorgement vient à se terminer par résolution. Il paraît pourtant que la partie indurée passe successivement du rouge noir au brun et au rouge pâle; puis, à mesure que la couleur pâlit, on voit reparaître la texture propre de l'organe. Quelques observateurs, notamment MM. Bouillaud et Robert Law, ont vu alors une fausse membrane épaisse, grisâtre, circonscrire de toutes parts en manière de kyste le foyer apoplectique ; mais ce cas est excessivement rare. On ignore encore le temps que met l'absorption pour faire disparaître les noyaux. M. Carswell croit que quelques semaines suffisent, tandis que le docteur Graves prétend avoir trouvé des restes d'induration hémorrhagique sept ans après le début de la maladie (Guéneau de Mussy). Quelques personnes ont prétendu aussi que les noyaux sanguins pouvaient se ramollir, suppurer, être ensuite évacués, et laisser à leur place une excavation qui pouvait finir par se cicatriser ; mais jusqu'à présent je ne connais en faveur de cette opinion qu'un fait observé et figuré par M. Carswell. On a rencontré plus souvent des détritus gangréneux autour du foyer sanguin : cependant quelques personnes, notamment M. Guéneau de Mussy, ont contesté qu'il y eût alors réellement gangrène ; ils ont avancé que le plus souvent c'était non une mortification des tissus, mais seulement une putréfaction du sang épanché, qui serait produite par le contact de l'air; ce ne serait là, par conséquent, qu'un phénomène purement chimique et absolument indépendant de toute action vitale. Mais nous ne saurions encore partager cette opinion, qui, d'ailleurs, est en opposition avec les observations que M. Genest a publiées. Quelques personnes ont voulu rapporter à une apoplexie guérie les cicatrices et les transformations cartilagineuses du sommet des poumons ; d'autres ont rattaché à la même origine les masses mélaniques qui se forment dans ces organes ; mais aucune de ces

opinions ne nous paraît fondée ; c'est ce qu'on verra dans le volume suivant.

Symptômes, *marche*, *terminaisons*. — Les symptômes de l'apoplexie pulmonaire varient beaucoup. Dans un grand nombre de cas, la maladie est tout à fait latente. C'est ainsi qu'il arrive souvent que, chez des sujets emportés par des maladies étrangères aux poumons, on trouve dans ces organes un ou plusieurs noyaux apoplectiques, dont la formation et la présence ne se sont révélées pendant la vie par aucun phénomène morbide. Cependant, pour peu que l'altération pulmonaire ait une certaine étendue, les malades se plaignent d'oppression, d'étouffement, de dyspnée, et parfois de douleurs plus ou moins vives dans la poitrine ; ils toussent et rejettent du sang. Laënnec a signalé l'hémoptysie comme étant le symptôme le plus constant et le plus grave ; il l'indique comme étant ordinairement abondante, comme revenant par intervalles avec toux quinteuse, oppression et anxiété ; quelquefois même le sang est rejeté en si grande quantité qu'il semble être vomi ; il sort à la fois par la bouche et par les narines. Ces graves hémorrhagies n'ont guère lieu que lorsque le poumon est désorganisé dans une grande étendue. Dans ces cas, la maladie débute en général brusquement ; les malades vomissent des flots de sang et succombent en quelques instants dans un état asphyxique : on dit alors que l'apoplexie est foudroyante ; mais les faits de ce genre sont heureusement fort rares. Il résulte en outre de l'analyse de nos observations que l'hémoptysie est un symptôme beaucoup moins fréquent que Laënnec n'a prétendu : elle n'existe, en effet, suivant nous, que sur le cinquième ou le sixième des individus, et nous ne l'avons jamais vue très abondante, même lorsque l'altération avait envahi tout un lobe. Mes résultats sont conformes à ceux de M. Louis, qui, ayant observé fréquemment l'apoplexie pulmonaire pendant l'épidémie de fièvre jaune qui régnait à Gibraltar en 1828, ne constata néanmoins pendant la vie aucun cas d'hémoptysie. Chez tous mes malades, le sang rejeté après des quintes de toux plus ou moins prolongées était d'un noir parfois très foncé ; jamais nous ne l'avons vu et rouge et rutilant, ainsi que cela a si généralement lieu dans les hémoptysies essentielles et symptomatiques. La quantité de sang rejetée dans les vingt-quatre heures n'était guère que de 10 à 100 grammes. Enfin, l'hémorrhagie continuait avec les mêmes caractères pendant plusieurs jours, et même pendant plus d'une semaine, pour s'arrêter ensuite d'une manière le plus souvent définitive.

L'exploration de la poitrine ne fournit généralement que des résultats négatifs ; c'est ce que M. Cruveilhier a aussi reconnu. Lorsque, en effet (et ce sont les cas les plus ordinaires), il n'existe que quelques noyaux disséminés dans les deux poumons, et à une profondeur plus ou moins considérable, la percussion, de quelque manière qu'elle soit faite, ne saurait circonscrire l'altération : l'auscultation est tout aussi impuissante. Laënnec a pourtant prétendu que, dans l'engorgement hémoptoïque, il y avait absence du bruit respiratoire dans une partie peu étendue du poumon, tandis que tout autour de cet espace on percevait du râle crépitant. Mais il est certain que Laënnec a raisonné ici *à priori* et nullement d'après

les faits; car il est incontestable que lorsque les noyaux apoplectiques ont, par exemple, le volume d'une grosse noix, fussent-ils même tout à fait à la surface des poumons, ils ne sauraient être diagnostiqués par l'auscultation; car les parties voisines, étant perméables à l'air, empêchent qu'on puisse circonscrire avec l'oreille l'altération pulmonaire. Dans ces cas pourtant on distingue le plus communément diverses espèces de râles, notamment des râles sibilant, ronflant, et plus souvent encore un râle sous-crépitant plus ou moins nombreux, ce qui se rattache plutôt à une lésion des dernières ramifications bronchiques qu'à la présence des noyaux d'apoplexie. Lorsque, au contraire, l'induration pulmonaire occupe une certaine surface, c'est-à-dire lorsqu'elle a une étendue de 6 ou 9 centimètres pour le moins, la percussion donnera alors un son complétement mat, et l'auscultation faite dans le même point fera reconnaître l'absence de tout bruit; quelquefois pourtant il existe un peu de souffle à l'expiration avec bronchophonie, et des râles muqueux et sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue de la matité. En même temps que ces accidents ont lieu, l'oppression continue et augmente. Généralement il n'y a pas de fièvre. Les symptômes généraux, d'ailleurs, varient suivant la quantité de sang rejeté. Si celle-ci est considérable, on observe tous les accidents qui accompagnent les hémorrhagies graves : la mort même peut en être le résultat, et celle-ci a lieu tantôt par syncope, tantôt par asphyxie lorsque le sang, ayant fait irruption dans les bronches et les obstruant entièrement, s'oppose à l'entrée de l'air dans les poumons. Lorsque la maladie a une heureuse issue, la quantité de sang excrétée diminue tous les jours, et finit par disparaître au bout d'un temps variable. Dans quelques cas, vers le sixième ou huitième jour, les crachats prennent une teinte rouillée, la fièvre s'allume, et on constate tous les autres signes de la pneumonie au premier ou au deuxième degré. Celle-ci siége tantôt au niveau de l'engorgement apoplectique, d'autres fois c'est au pourtour. Cependant, à en juger par les faits que j'ai recueillis, la pneumonie me paraît être une suite fort rare de l'apoplexie pulmonaire; il est plus rare encore d'observer consécutivement une pleurésie. Cet accident n'arrive guère que lorsque le sang s'est épanché dans la plèvre; mais, comme cela ne peut avoir eu lieu qu'autant que la surface du poumon est déchirée, on voit alors se développer en même temps que la pleurésie aiguë tous les signes d'un hydropneumothorax. M. Gendrin paraît avoir observé un exemple de ce genre. Si le foyer ramolli communique largement avec les bronches, on entendra du gargouillement, et on aura tous les signes des cavernes : c'est ce que MM. Rousset et Guéneau de Mussy ont observé. Enfin, les parois deviennent-elles gangréneuses, on notera tous les signes caractérisant la mortification pulmonaire (voir cette maladie).

Diagnostic. — Le diagnostic de l'apoplexie pulmonaire est très difficile, ou plutôt il est impossible de l'établir lorsque, les noyaux étant petits et disséminés, il n'y a d'autres symptômes de la maladie que l'oppression, la toux et le crachement de sang. Mais si, indépendamment de l'expectoration d'un sang noirâtre, se prolongeant pendant plusieurs jours, on

constate, dans un ou plusieurs points circonscrits de la poitrine, de la matité et du râle muqueux ou sous-crépitant, il sera rationnel de rattacher ces divers phénomènes à l'existence de noyaux apoplectiques. Suivant Billard, l'oppression, l'étouffement, la suffocation avec matité plus ou moins étendue, et l'expulsion de mucosités sanguinolentes, sont des symptômes qui, lorsqu'ils existent chez les nouveaux-nés, devraient faire soupçonner chez eux l'existence de la même altération. Enfin, on soupçonne que le sang a déchiré largement le poumon, et qu'il s'est épanché dans la plèvre lorsque, dans le cours d'une hémoptysie, on voit survenir brusquement, dans un côté du thorax, une matité plus ou moins étendue, avec absence du bruit respiratoire, et lorsqu'on observe en même temps tous les symptômes qui accompagnent les hémorrhagies graves, et qui le plus souvent ne pourraient être expliqués par la petite quantité de sang qui est rejetée par les malades. Il peut enfin se faire que, indépendamment des signes d'épanchement qui existent à la base de la poitrine, on constate, en outre, à la partie supérieure de cette cavité un son tympanique, avec affaiblissement du murmure vésiculaire; ce phénomène peut dépendre d'une extravasation d'air dans la plèvre, consécutivement à la déchirure du poumon. D'après tout ce que nous venons de dire, il est évident que l'apoplexie pulmonaire ne saurait jamais être confondue avec une pneumonie, ni avec les tubercules pulmonaires, ni avec les épanchements pleurétiques.

Pronostic. — L'apoplexie pulmonaire est une affection toujours grave; on a vu qu'elle pouvait produire la mort presque subitement. La gravité du pronostic sera en rapport avec l'abondance de l'hémorrhagie. La rupture de la plèvre avec épanchement de sang dans cette séreuse est un accident des plus graves; la mort a presque toujours lieu en peu d'instants; un des malades a survécu plusieurs jours à ces désordres; on cite un seul cas de guérison : il a été rapporté par M. Gendrin, mais peut-être ici le diagnostic n'était pas tout à fait certain.

Étiologie. — La pléthore, l'impression du froid, la suppression des hémorrhagies constitutionnelles, sont regardées comme des causes ordinaires des apoplexies pulmonaires; mais, le plus souvent, pourtant, cette maladie est symptomatique d'un obstacle au cours du sang, obstacle qui réside presque toujours dans le cœur. C'est ainsi que tous les cas d'apoplexie pulmonaire que j'ai observés, au nombre de plus de vingt, ont été vus chez des sujets ayant diverses maladies organiques du cœur, spécialement un rétrécissement des orifices des cavités gauches. On a supposé que l'hypertrophie du ventricule droit était une cause très active d'apoplexie pulmonaire, en raison de la violence avec laquelle le sang était projeté du coté des poumons. Mais c'est à tort; car sur vingt-sept cas d'hypertrophie avec dilatation du ventricule droit dont M. Louis a recueilli l'histoire, il n'y eut jamais d'apoplexie pulmonaire, quoique chez six il existât une hypertrophie avec dilatation de l'artère pulmonaire et de ses divisions principales, preuve que le sang avait été projeté avec une certaine violence. Ainsi l'apoplexie symptomatique d'une maladie du cœur n'est pas produite activement par suite de l'impulsion insolite du sang, mais elle a

lieu passivement, et lorsqu'un obstacle existant du côté des orifices gauches, surtout à la valvule mitrale, le sang stagne dans l'organe, et consécutivement dans les poumons. L'apoplexie pulmonaire est encore une lésion assez commune dans certaines maladies générales caractérisées par une grande tendance aux hémorrhagies; c'est ce qui a lieu, par exemple, fréquemment dans le purpura et dans la fièvre jaune.

Traitement. — L'apoplexie pulmonaire sera combattue par les moyens qu'on oppose ordinairement aux hémoptysies graves. On insistera surtout sur les saignées générales et sur les révulsifs, tels sont les purgatifs énergiques, les ventouses sèches et les sinapismes, moyens auxquels on associera les diurétiques, et notamment le nitrate de potasse, ainsi que les vomitifs, ou du moins l'ipécacuanha administré suivant la méthode de Graves. Chez le nouveau-né il y a aussi indication à tirer du sang; on le fait en appliquant une ou deux sangsues dans chaque aisselle, où les plexus veineux qui s'y trouvent communiquent largement avec les vaisseaux de la cavité thoracique. L'enfant ne sera pas serré par un maillot; car, en gênant la dilatation du thorax, on pourrait augmenter la congestion pulmonaire. Chez l'adulte, l'administration du tartre stibié à haute dose, qui a été plusieurs fois tentée, n'a produit aucun résultat avantageux et qui puisse nous décider à y recourir. Lorsque l'hémorrhagie se prolonge, on a donné parfois avec avantage des affusions froides, moyen perturbateur dont l'emploi ne peut être justifié que par le danger dans lequel les malades se trouvent, et parce que des moyens plus rationnels ont complétement échoué. (Voir, comme complément, le traitement de l'hémoptysie.)

DE QUELQUES AUTRES ESPÈCES D'APOPLEXIE.

Je viens de décrire avec quelques détails les deux especes d'apoplexies qui sont les plus communes et qui ont des symptômes spéciaux. Il me reste maintenant à faire connaître quelques autres hémorrhagies interstitielles, qui, quoique moins importantes sous le rapport symptomatique, méritent pourtant d'être connues, car plusieurs d'entre elles peuvent être la cause de graves accidents.

Apoplexies des viscères abdominaux. — Je ne dirai rien de l'apoplexie de la rate et du foie, altération qui paraît avoir été quelquefois observée chez des individus qui ont succombé à des accès de fièvres pernicieuses, ou au purpura. Le docteur Kinwisch dit aussi avoir rencontré fréquemment l'apoplexie du foie chez les nouveaux-nés; dans deux cas même on a pu la regarder comme étant la cause de la mort. Cependant, jusqu'à ce jour, on ne connaît nullement la marche que ces épanchements suivent, et leur diagnostic est absolument impossible. Ceci s'applique également aux collections sanguines que, dans quelques cas rares, on a vues se former spontanément dans le pancréas, dans les reins, dans les ovaires et jusque dans l'utérus, organe qui, d'après M. Cruveilhier, serait fréquemment le siége de collections sanguines chez les femmes âgées. Mais cette opinion, qui contrarie toutes nos idées théoriques, n'ayant été appuyée d'aucun relevé

numérique, et M. Cruveilhier paraissant ne l'avoir émise que d'après ses souvenirs, il importe d'attendre de nouvelles recherches.

Apoplexies du placenta. — Le placenta est un des organes dans lesquels les apoplexies se forment avec le plus de facilité. Cette altération a été bien étudiée dans ces dernières années par M. Cruveilhier, ainsi que par MM. Gendrin et Jacquemier. Le nombre des foyers sanguins qu'on trouve dans le placenta peut être considérable ; il est rare qu'il n'y en ait qu'un ou deux. Leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de pigeon ; on en a même vu de plus considérables (Wrisberg). En général arrondis, ils sont d'autant plus rapprochés de la face utérine qu'on s'éloigne davantage du moment de la conception. Le sang extravasé passe successivement du noir au brun, au rougeâtre, au jaune; enfin il finit par se décolorer. En général, il altère et atrophie la portion correspondante du platenta ; si les épanchements sont multiples, cet organe tout entier peut être atrophié. Enfin d'autres fois le caillot subit diverses transformations et prend des aspects différents. Ainsi, d'après M. Jacquemier, on devrait rapporter au sang maternel épanché dans le placenta et diversement transformé toutes les tumeurs d'aspect cartilagineux, tuberculeux, encéphaloïde et jusqu'aux concrétions osseuses et crétacées. Cette opinion est peut-être trop exclusive; néanmoins elle est exacte dans un grand nombre de cas. Le diagnostic des apoplexies placentaires est impossible. Il est inutile de faire remarquer que c'est là une altération grave qui devient la cause d'un grand nombre d'avortements; d'autres fois le fœtus arrive à terme, mais il naît faible, chétif, amaigri à cause de l'atrophie partielle que le placenta a subie.

Apoplexies musculaires. — Des épanchements sanguins quelquefois considérables peuvent se former spontanément dans la plupart des muscles de la vie de relation. Ainsi M. Cruveilhier a vu la gaîne des deux muscles droits de l'abdomen être distendue par des caillots sanguins qui avaient lacéré, détruit les fibres musculaires, altération qui s'était accompagnée pendant la vie de douleurs si vives qu'elles avaient fait supposer l'existence d'une péritonite. Ces apoplexies musculaires se remarquent spécialement dans le scorbut et dans les résorptions purulentes.

Apoplexies du cœur. — A côté de ces apoplexies, il faut placer les épanchements sanguins que M. Cruveilhier a rencontrés plusieurs fois dans le cœur. Il ne les a vus se former que dans l'épaisseur du ventricule gauche hypertrophié ; il regarde cette lésoin, qui d'ailleurs est fort rare, comme pouvant être suivie d'une rupture du cœur ou comme pouvant être l'origine d'un anévrisme faux consécutif. Mais les faits n'ont pas justifié jusqu'à présent cette supposition. Le diagnostic de cette maladie est impossible.

DU PURPURA.

SYNONYMIE. — Pourpre; *morbus maculosus hemorrhagicus* de Werlhof; maladie de Werlhof scorbut de terre.

On donne le nom de *purpura* à une maladie caractérisée par l'éruption spontanée, à la surface du corps, de pétéchies et d'ecchymoses, souvent accompagnées d'hémorrhagies à l'intérieur.

Historique. — C'est en vain qu'on a voulu remonter jusqu'à Hippocrate pour trouver les premières notions sur le purpura. Cette maladie n'a pas été décrite avant L. Rivière, qui l'a seulement distinguée des pétéchies. Werlhof lui-même ne lui consacra que quelques pages bien insuffisantes pour lui mériter l'honneur d'avoir donné son nom à la maladie. Les recherches de Graaf (1), publiées en 1775, furent beaucoup plus complètes; elles ont été agrandies depuis par celles de Behrens (2), de Willan et de Batman (3), de MM. Brachet (4), Fourneaux (5), et Rayer (6).

Divisions. — Willan a établi, pour le purpura, les espèces suivantes : 1° purpura *simplex;* 2° *urticans;* 3° *senilis;* 4° *hemorrhagica;* 5° *contagiosa.* Ce dernier, dont nous n'avons pas à nous occuper, n'est autre que l'éruption pétéchiale de la peste, du typhus et des autres maladies graves. M. Rayer a distingué deux formes de purpura, le purpura *fébrile* et le purpura *apyrétique.* M. Cazenave en fait deux variétés, suivant qu'il s'accompagne ou non d'hémorrhagies par quelque muqueuse.

1° *Purpura simplex.* — Cette forme, qu'on n'observe guère que dans l'adolescence et la jeunesse, naît, le plus souvent, sans cause appréciable. Il débute ordinairement sans prodromes; quelquefois après un ou deux jours de malaise, de faiblesse et d'anorexie. Il est caractérisé par des pétéchies, c'est-à-dire par de petites taches d'un rouge vif au début, surtout chez les enfants, violacées ou noires chez les sujets débilités, plus ou moins exactement arrondies, ressemblant pour la forme à des piqûres de puce, et ne disparaissant ni ne diminuant point lorsqu'on les presse avec le doigt. Avec ces taches existent ordinairement de larges ecchymoses; celles-ci occupent des points distincts ou bien elles sont entremêlées aux pétéchies; leur coloration est à peu près la même pour toutes, du moins au début : cependant, si plusieurs éruptions successives se font à quelques jours de distance, on observera des teintes différentes variant du rouge brun au jaune clair, suivant le degré de résolution. Ces taches sont surtout nombreuses aux jambes, parties qu'elles occupent parfois même exclusivement; on les rencontre souvent aussi sur les membres et à la face, dans ce dernier cas, les conjonctives et les paupières présentent parfois des ecchymoses. Celles ci se montrent de préférence sur le dos, aux pieds, aux mains, et à la face interne des membres. En outre, il y a quelquefois des taches qui sont proéminentes et dures au centre, en raison de la formation dans ce point d'une petite apoplexie dans la peau. Quelquefois le sang s'infiltre aussi ou s'épan-

(1) *Dissertatio de petechiis sine febre*, Gœttingue, 1775. (2) *Diss. epist. de morbo maculoso, hemorrhagico.* (3) *Maladies de la peau.* (4) *Revue médicale* de 1822. (5) *Thèse de Paris*, année 1826. (6) *Maladies de la peau.*

che dans le tissu cellulaire et les muscles; il en résulte alors de la tuméfaction, de la dureté, de la difficulté dans les mouvements, comme on le voit dans certaines formes de scorbut que nous étudierons. Les pétéchies et les ecchymoses ne s'accompagnent d'aucune sensation morbide du côté de la peau ; elles se forment ordinairement à l'insu des malades, qui ne s'en aperçoivent jamais que par hasard. Après être restées stationnaires pendant quelques jours, les pétéchies prennent une teinte livide, puis jaunâtre; la résorption se fait de la périphérie au centre, et après douze à quatorze jours, il ne reste plus de traces de la maladie. Mais, lorsqu'on croit celle-ci terminée, souvent une nouvelle hémorrhagie, semblable à la première, se fait. En raison de ces éruptions successives, on voit le purpura persister, chez quelques individus, pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, et même pendant plusieurs années, ainsi que Biett en rapporte un exemple.

La forme dite *purpura urticans* doit être rapprochée de la précédente : cependant elle en diffère par l'aspect de l'éruption, qui commence d'abord par de petites taches rougeâtres, lenticulaires, et saillantes, qui sont le siége d'une cuisson à peu près semblable à celle que donne l'urticaire. Au bout de deux ou trois jours ces taches s'effacent, et leur couleur passe du rose au rouge foncé ou livide ; enfin elles se résolvent comme celles du *purpura simplex ;* mais, en général, on en voit apparaître d'autres. Cette forme de purpura, dans laquelle les pétéchies sont un peu plus larges que dans le *purpura simplex*, a une durée moyenne d'un mois.

Les deux formes précédentes du purpura sont, en général, apyrétiques; mais parfois elles s'accompagnent d'un appareil fébrile généralement peu intense, avec nausées et frissons, lesquels précèdent de trois à six jours les hémorrhagies cutanées (*purpura febrilis simplex*). Celles-ci peuvent aussi être précédées de taches exanthémateuses analogues à celles de l'urticaire; et c'est un, deux ou trois jours après qu'on voit apparaître au milieu de cette éruption les pétéchies qui caractérisent le purpura.

Le purpura nommé *senilis* par Batman ne mérite pas une description spéciale. Il ne consiste, en effet, qu'en une éruption pétéchiale d'un rouge lie de vin occupant les extrémités chez les vieillards affaiblis, et qui disparaît communément après dix à douze jours, sans être accompagné d'aucun trouble notable dans les principales fonctions.

Ces trois premières formes du purpura sont bénignes, et ne peuvent être confondues avec aucune autre affection cutanée. Elles diffèrent des piqûres de puce en ce que celles-ci ont un point central plus foncé, ecchymotique, entouré d'une auréole rosée que la seule pression du doigt fait disparaître.

2° *Purpura hemorrhagica.* — Cette forme est encore caractérisée par des pétéchies et des ecchymoses semblables à celles du *purpura simplex.* Ces taches hémorrhagiques n'apparaissent le plus souvent qu'après que les malades ont éprouvé, pendant trois ou six jours, des frissons, de la courbature, de la céphalalgie, de la fièvre, et souvent des nausées et des vomissements. Mais bientôt se révèle une disposition hémorrhagique qui

n'existait pas dans les formes précédentes : c'est ainsi que des bosses sanguines ou des trombus se développent sous le cuir chevelu ; du sang est quelquefois exhalé par la peau elle-même, surtout derrière les oreilles; de larges ecchymoses se produisent partout où les téguments sont un peu comprimés ou tiraillés ; des surfaces suppurantes et des solutions de continuité, même les plus petites de la peau ou bien des muqueuses, on voit suinter du sang. Enfin ce qui caractérise surtout la maladie, ce sont les hémorrhagies graves des viscères et des membranes muqueuses qui accompagnent celles de la peau. Ainsi chez les enfants les épistaxis prédominent ; chez les adultes ce sont les hémoptysies et les hémorrhagies gastro-intestinales, tandis que chez la femme ce sont les métrorrhagies; les hématuries sont plus rares : cependant il arrive parfois que les reins sont le siége d'une congestion, puisque dans quelques cas de purpura sans hématurie on a vu les urines être albumineuses. Plusieurs des hémorrhagies que je viens d'énumérer peuvent exister simultanément ou alterner entre elles. Lorsque l'effort hémorrhagique se porte vers les organes digestifs, du sang peut être exhalé par toutes les parties contenues dans la bouche ainsi que par les parois de cette cavité, qui prennent une couleur noirâtre, tandis que les gencives deviennent spongieuses et saignantes. En général, les graves accidents que je viens d'énumérer s'accompagnent d'agitation, de fièvre intense, de délire, de douleurs vers les organes par où l'hémorrhagie doit s'opérer ; la langue se dessèche, devient fuligineuse ; les traits s'altèrent ; les forces se prostrent, et les malades succombent entre la fin du premier et du deuxième septénaire, avec des symptômes typhoïdes. D'autres fois il n'existe point de fièvre ; mais les malades meurent par l'épuisement qu'entraînent la répétition et la multiplicité des hémorrhagies. Enfin il en est qui sont emportés en quelques jours par la violence des accidents ou par quelque complication. Cependant le *purpura hemorrhagica* n'offre pas toujours une pareille gravité. Il est, en effet, des malades qui guérissent, mais, en général, ils se rétablissent assez lentement et conservent pendant longtemps de la faiblesse et du malaise.

Anatomie pathologique.— Les recherches cadavériques faites chez ceux qui succombent à la maladie, ont prouvé que parmi les pétéchies les unes sont superficielles, sous-épidermiques ; les autres, plus profondes, occupent les aréoles du derme ; d'autres enfin siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le sang extravasé s'enlève le plus souvent par quelques lotions, et ne résiste jamais à la macération. Des pétéchies et des ecchymoses semblables à celles de la peau se retrouvent sur la plupart des muqueuses, spécialement sur la muqueuse digestive, depuis la bouche jusqu'au rectum ; on en rencontre encore sur le mésentère, sur le péricarde, la plèvre, les membranes du cerveau, dans le diploé et la membrane médullaire des os longs, et à la surface des poumons. Ceux-ci présentent en outre très fréquemment des noyaux apoplectiques ; des épanchements analogues existent souvent aussi dans le foie, dans la rate, et jusque dans le corps de l'utérus et de plusieurs autres viscères. Le

sang que les vaisseaux renferment est en général pâle et séreux, sans caillots. Celui que l'on retire pendant la vie a paru altéré à quelques auteurs, qui l'ont trouvé moins coagulable; le caillot leur a semblé moins dense; enfin ils ont cru qu'il contenait moins de matière colorante. D'autres, au contraire, ont soutenu, d'après les analyses chimiques qu'ils avaient faites, que le sang des malades ayant un purpura ne différait en rien de celui d'un individu sain. La question est, comme on le voit, encore indécise.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut offrir aucune difficulté; il est, en effet, impossible de confondre le *purpura simplex* avec des ecchymoses traumatiques. Cependant, si le purpura est apyrétique, et s'il est borné à une partie du corps, comme aux membres inférieurs, par exemple, on devra examiner attentivement l'état des vaisseaux artériels et veineux de ces parties; car on a vu des ecchymoses et des pétéchies semblables à celles du purpura être produites par quelque obstacle mécanique au cours du sang : c'est ainsi que dans les cas d'oblitération de la veine iliaque par des concrétions sanguines, on voit souvent des taches hémorrhagiques sur le membre inférieur correspondant. Les ecchymoses cutanées et la disposition hémorrhagique générale pourraient faire confondre le purpura avec la fièvre jaune, avec les maladies pestilentielles et certaines varioles graves; mais dans presque toutes ces maladies les hémorrhagies ne sont qu'un accident, tandis que dans le purpura elles forment l'essence même de la maladie, et la constituent. Enfin, on a essayé de distinguer le pourpre du scorbut; mais nous croyons que ce sont des degrés ou des variétés d'une même affection : c'est ce dont on se convaincra par la lecture de l'article suivant.

Pronostic. — Les purpura simple, sénile et urticant, sont presque toujours bénins. L'existence des ecchymoses indique toujours une disposition plus fâcheuse de l'économie que lorsqu'il n'y a que des pétéchies. Le purpura hémorrhagique, au contraire, est une affection grave, même lorsqu'elle ne s'accompagne pas de fièvre. D'ailleurs, pour cette maladie comme pour tant d'autres, on ne saurait être trop réservé sur le pronostic, puisque des accidents graves se déclarent trop souvent d'une manière imprévue et lorsque la maladie paraît être très bénigne. L'âge peu avancé des sujets, la fréquence extrême du pouls, l'abondance des hémorrhagies, une fièvre violente, l'existence de symptômes typhoïdes, sont les circonstances qui doivent faire porter le pronostic le plus fâcheux. Enfin, la manifestation des pétéchies et des ecchymoses dans le cours d'une maladie grave, spécialement chez les sujets atteints de fièvres éruptives, de typhus, etc., constitue toujours un signe fâcheux, parce qu'il indique une lésion profonde de l'organisme.

Étiologie. — Le purpura survient presque toujours sous l'influence de causes débilitantes; il affecte spécialement les enfants et les femmes, les individus d'une constitution molle, affaiblis par une maladie antérieure, par une mauvaise nourriture, par des veilles, des chagrins, et surtout par l'habitation dans des lieux bas et humides : cependant on a vu quelquefois

la maladie survenir dans des conditions opposées. En général sporadique, le purpura a quelquefois régné épidémiquement ou d'une manière endémique, comme dans quelques prisons mal situées, ou dans les hospices d'orphelins.

Traitement. — Le purpura simple guérit en général seul. Il convient de donner aux malades quelques acides minéraux; on administre les toniques, les ferrugineux, les amers, si les individus étaient débilités ou d'une constitution chétive. Lorsqu'il y a de la fièvre, lorsque le pouls est ample, dur, et que des congestions semblent se former du côté des viscères, il y a indication à tirer du sang. Cependant il faut n'employer la saignée qu'avec la plus grande réserve; et si déjà les malades ont eu quelques hémorrhagies, on conseille même de s'en abstenir tout à fait et de lui substituer l'emploi des purgatifs. On opposera aux diverses hémorrhagies qui ont lieu les moyens locaux qui sont indiqués pour toutes les hémorrhagies passives. Quant au traitement local des pétéchies, le plus souvent il n'y a rien à faire. Cependant, si le sujet est débilité, il conviendra de combiner avec les toniques donnés à l'intérieur l'usage des frictions sèches, aromatiques, ou de lotions stimulantes, alcoolisées (eau-de-vie, vin aromatique, vin rosat). Si quelque épanchement un peu considérable de sang avait eu lieu, on appliquerait des compresses d'eau de Goulard, et on exercerait une légère compression.

Classification, nature. — Les pathologistes anglais ont classé le purpura parmi les *exanthèmes*. Mais l'absence de fièvre dans beaucoup de cas, et les caractères de l'éruption, qui dans les exanthèmes est formée par l'injection et l'inflammation de la peau, et dans le purpura par une hémorrhagie interstitielle, suffisent pour différencier ces deux ordres de maladies : aussi Biett rangeait-il le purpura au nombre des maladies indéterminées; mais, dans un traité de pathologie, il ne saurait être placé ailleurs que dans les hémorrhagies reconnaissant pour point de départ une altération du sang, à côté du scorbut. Quant à la nature de la maladie, nous répétons que, quoique jusqu'à présent les expériences chimiques et microscopiques nous aient presque fait défaut, on peut être porté à croire pourtant que l'altération du sang qui constitue essentiellement le purpura réside dans une diminution des globules et de la fibrine, altération qui, si elle n'est encore démontrée, doit être regardée du moins comme probable quand on a égard aux causes qui déterminent ordinairement la maladie et à la facilité avec laquelle le sang s'échappe de ses vaisseaux pour s'infiltrer, s'épancher dans tous les tissus, ou pour s'exhaler à la surface d'un grand nombre d'entre eux. Le purpura doit donc être considéré comme une maladie générale. Cette explication me semble plus rationnelle que celle qui consiste à admettre une atonie ou une surexcitation des vaisseaux capillaires ou une obstruction viscérale spécialement dans la rate et le foie, maladie dont l'autopsie ne révèle aucune trace. Cependant les analyses du sang des scorbutiques, que nous rapporterons plus bas, ne nous permettent pas d'affirmer que l'altération que nous supposons soit réelle, du moins dans tous les cas.

DU SCORBUT.

Le mot *scorbut* dérive du danois ou du hollandais, et signifie *déchirement*, *ulcère* de la bouche. Il sert à désigner, depuis environ quatre siècles, une maladie caractérisée par l'affaiblissement général, par des hémorrhagies diverses, par des ecchymoses livides sur la peau, par la tuméfaction fongueuse et le saignement des gencives.

Historique. — Il est douteux qu'Hippocrate ait connu le scorbut : cette maladie n'a commencé à être convenablement décrite qu'à l'époque des croisades et après la découverte de l'Amérique. On ne tarda pas alors à faire jouer à l'affection scorbutique un rôle exagéré, puisqu'on crut pendant longtemps que le scorbut pouvait prendre la forme de toutes les maladies aiguës et chroniques, nonobstant l'absence de tous ces caractères. On s'étonne de voir que Sennert, Willis, Lower, Hoffmann, Boerhaave, aient adopté et propagé une erreur aussi grossière, qui fut accréditée par un médecin plus que médiocre, par Eugalenus, auteur d'un mauvais livre sur le scorbut, mais qui a joui néanmoins d'une grande réputation. On ne peut établir aucun parallèle entre cet ouvrage et celui dont Lind dota la science vers le milieu du XVIIIe siècle. Ce dernier livre est non seulement une excellente monographie, mais c'est aussi, sans contredit, un des ouvrages les plus remarquables de notre littérature, et un de ceux dont la lecture est la plus attrayante.

Divisions. — Le scorbut est une des maladies dont on a le plus multiplié les espèces ; mais il est prouvé que ces distinctions sont inutiles. Lind a même démontré que la division du scorbut en scorbut de terre et en scorbut de mer n'avait aucun avantage, puisque les causes, les symptômes et le traitement étaient les mêmes dans les deux cas.

Altérations pathologiques. — Chez les sujets qui succombent au scorbut, on trouve souvent des inflammations dans divers viscères ; mais ces phlegmasies n'appartiennent pour ainsi dire pas à la maladie ; ce ne sont que des lésions secondaires, développées à une époque voisine de la mort. Le sang, au contraire, est constamment altéré ; il est noir, fluide ou en grumeaux ; il forme des épanchements, ou bien il est infiltré dans la plupart des organes de l'économie. C'est ainsi qu'il baigne la plupart des surfaces muqueuses, séreuses et synoviales ; il engorge le foie et la rate : aussi ces deux organes sont-ils plus volumineux, et leur tissu est-il ramolli et diffluent. Ce sang altéré abreuve aussi le tissu spongieux des os et le périoste. Chez les sujets au-dessus de dix-neuf ans, on trouve parfois les épiphyses décollées par une hémorrhagie interstitielle (Lind) ; les cartilages sont séparés des côtes, et même on voit le cal des anciennes fractures se rompre et être dissous par le sang ; enfin, le liquide épanché dans l'épaisseur des muscles y forme des noyaux durs plus ou moins considérables. Le sang, altéré sur le cadavre, l'est-il aussi sur le vivant? M. Andral l'avait établi d'après un seul fait. Ce savant professeur, ayant eu l'occasion d'analyser le sang d'un scorbutique, avait trouvé que la quantité de fibrine était

descendue de 3 (chiffre physiologique) à 1,6; tandis que les globules avaient subi un abaissement égal, puisque leur chiffre, qui normalement atteint 127, ne s'élevait pas au-delà de 119. Ce fait était regardé comme indiquant exactement l'état du sang, bien qu'il fût en contradiction avec les expériences de Parmentier et de Deyeux, qui avaient trouvé chez les scorbutiques le sang identique à celui des individus qui sont atteints d'une inflammation; il était contredit également par les recherches du chimiste anglais Busk, qui, loin de trouver la fibrine diminuée dans le scorbut, l'avait, au contraire, vue en proportion plus grande. Ces résultats sont-ils l'expression de ce qu'on voit le plus communément, ou bien seraient-ils exceptionnels? Les observations faites en 1847 par MM. Andral (1), Fauvel, Becquerel et Rodier (2), rendent la première supposition plus probable. En effet, ces médecins ayant analysé le sang de 6 scorbutiques non seulement n'ont pas constaté une diminution de la fibrine, mais cette partie constituante du sang, augmentée sensiblement chez 4, était restée chez les 2 autres dans les limites de l'état physiologique. L'élément globuleux était, au contraire, considérablement diminué, et le sérum offrait une densité moindre. Il a été également établi par les expérimentateurs modernes que, contrairement aux assertions émises par quelques anciens, le sang des scorbutiques n'avait aucun surcroît d'alcalinité, et qu'il n'était pas non plus acide. Les analyses, faites par MM Rodier et Becquerel, tendraient en outre à faire croire que l'albumine existe en moindre proportion dans la sérosité.

Symptômes. — Lind a observé que les individus qui vont être atteints de scorbut pâlissent et éprouvent une grande aversion pour le mouvement; bientôt ils se fatiguent et s'essoufflent au moindre exercice. C'est après plusieurs jours ou plusieurs semaines que les malades accusent du prurit aux gencives, qui se tuméfient, deviennent fongueuses, bleuâtres, et donnent à l'haleine une fétidité repoussante. La peau elle-même ne tarde pas à se recouvrir, sur différentes parties du corps, de taches noires ou jaunes, qui ne sont autres que des ecchymoses. Sur le trajet des muscles se dessinent des tumeurs dures et fluctuantes, dues à un épanchement sanguin qui peut envahir le muscle tout entier. Cette altération s'accompagne souvent de douleurs très vives; celles-ci paraissent quelquefois siéger dans les os eux-mêmes, et coïncident souvent avec l'infiltration sanguine de leurs tissus. Enfin elles résident d'autres fois dans les articulations, qui se tuméfient. En même temps des hémorrhagies plus ou moins graves peuvent avoir lieu par la plupart des membranes muqueuses ou par des ulcérations récentes ou anciennes de la peau, de l'origine des muqueuses, ou par la déchirure spontanée d'anciennes cicatrices des téguments. Ceux-ci s'ulcèrent surtout au niveau des tumeurs sanguines. Ces ulcérations sont plus ou moins vastes; elles sont livides, fongueuses, et laissent suinter un sang noirâtre. A cette époque la faiblesse est extrême, les malades sont op-

(1) *Union médicale*, année 1847, p. 329. (2) *Archives de médecine*, n° du 1er juillet 1847.

pressés ; ils accusent des douleurs vives dans le thorax ; leur pouls est petit, fréquent, quelquefois il est lent; ils ont des lipothymies, des syncopes, pour peu qu'ils essaient de se mouvoir; des selles fétides, souvent sanguinolentes, viennent augmenter la faiblesse; l'urine est rare, et devient promptement ammoniacale; les facultés intellectuelles sont ordinairement intactes. A une période plus avancée, les hémorrhagies se multiplient, les membres s'infiltrent, la faiblesse est extrême, les gencives se détruisent, les dents se déchaussent, deviennent vacillantes et tombent; quelquefois aussi les os maxillaires se carient : c'est alors que beaucoup de malades sont tourmentés par un ptyalisme abondant qui contribue à les épuiser. souvent; en remuant ces individus, on sent un cliquetis osseux produit par le frottement d'une épiphyse détachée du reste de l'os (Lind), ou bien quand les malades respirent, on entend un petit bruit sourd, produit par le frottement des côtes et des cartilages costaux qui sont désunis. Le moindre effort suffit pour rompre un muscle, ou un os dans sa continuité, ou bien au niveau d'une ancienne fracture consolidée.

Variétés. — Dans la plupart des cas, le scorbut détermine tous ou presque tous les accidents précédemment décrits. Cependant quelques uns des plus importants peuvent manquer; c'est ainsi que beaucoup de malades ne présentent jamais d'altération du côté des gencives. Chez d'autres, la maladie ne se caractérise que par l'apparition d'un gonflement considérable d'un des membres pelviens ou des deux à la fois. Ce gonflement dur, très douloureux, sans changement de couleur à la peau, est produit par une infiltration sanguine : aussi voit-on au bout de quelque temps la couleur ecchymotique apparaître sur le membre. Cette forme a été fréquemment observée par M. Henry Gueneau de Mussy, sur la frégate *la Vénus*, pendant un voyage de circumnavigation. Dans cette même épidémie on vit d'autres malades chez lesquels le scorbut se révélait surtout par des ecchymoses, des ulcères saignants et de mauvais caractère qui couvraient les membres inférieurs, et se montraient toujours très rebelles aux moyens curatifs.

Marche, durée, terminaisons. — Le scorbut offre dans sa marche des alternatives en bien et en mal. Lind a noté que les symptômes s'aggravaient quand le temps était brumeux, et s'amendaient quand il devenait sec. Enfin, après une durée variable, et qu'il est impossible de fixer même approximativement, on voit le scorbut se terminer par la guérison ou par la mort. Celle-ci arrive dans un accès d'oppression, de dyspnée ou dans une syncope, ou bien les malades, affaiblis par les hémorrhagies, meurent épuisés. Quelques uns sont emportés par une maladie intercurrente ; car les scorbutiques sont regardés par Lind comme étant très prédisposés à contracter la plupart des maladies, surtout celles dans lesquelles il existe probablement quelque altération des liquides, telles que les fièvres éruptives, ainsi que la dyssenterie et le typhus, complications fréquentes, lorsque le scorbut règne dans les camps, dans les villes assiégées et les vaisseaux.

Si le scorbut se termine favorablement, la convalescence est communé-

ment longue. Les individus restent pendant longtemps faibles, décolorés; quelques uns sont sujets à des roideurs articulaires et à des douleurs dans les muscles et les articulations qui simulent les douleurs rhumatismales chroniques. Le scorbut récidive quelquefois; on croit même qu'une première attaque constitue une véritable prédisposition à la maladie.

Diagnostic. — Le scorbut est d'un diagnostic toujours facile. Il est inutile de dire qu'on ne saurait confondre cette maladie avec l'anémie ni avec les cachexies vénérienne et mercurielle. J'ai dit précédemment qu'il était impossible de ne pas considérer le purpura et le scorbut comme deux affections identiques. Comment, en effet, regarder comme étant de nature distincte des maladies dont les principaux symptômes sont communs? Les ecchymoses, les pétéchies, les hémorrhagies interstitielles et à la surface des muqueuses sont, en effet, des accidents communs et prédominants dans les deux cas. D'ailleurs, dans les épidémies de scorbut, tous les malades ne sont pas affectés de la même manière. Il en est, par exemple, dont les gencives ne deviennent jamais fongueuses, et chez lesquels la maladie ne se caractérise, comme le purpura, que par des ecchymoses, des pétéchies ou par le gonflement d'un ou de plusieurs membres, gonflement produit par une extravasasion sanguine dans l'épaisseur des tissus. Ajoutons que la tuméfaction et le ramollissement des gencives, dont on a voulu faire un caractère tout à fait distinctif, peut exister dans le purpura simple et dans celui qui s'accompagne de fièvre. L'appareil fébrile, fréquent dans quelques formes de purpura, ne saurait être un caractère différentiel, car la fièvre n'est ici qu'un élément accessoire qui indique seulement une marche plus aiguë de l'affection. Pour me résumer, j'établis que le purpura et le scorbut sont deux affections de nature identique; que le scorbut représente la forme chronique de la maladie; le purpura avec fièvre et hémorrhagie, sa forme aiguë; que le purpura simple, apyrétique, sénile, et la forme *urticans*, constituent le degré le plus bénin d'une affection dont le scorbut avec ecchymoses, hémorrhagies, décollement des épiphyses, syncopes, représente le degré le plus grave. Ces deux maladies pourraient donc être réunies.

Pronostic. — Le scorbut est une affection grave, surtout lorsqu'on ne peut soustraire les malades aux causes qui l'ont développé. La gravité de la maladie est proportionnée au nombre, à l'abondance des hémorrhagies, et à la faiblesse des sujets. Les syncopes sont aussi un des signes les plus fâcheux.

Étiologie. — Le scorbut, qui, il y a à peine un siècle, était endémique à Paris et à Londres, est aujourd'hui à peu près inconnu dans les hôpitaux de ces deux métropoles. Ce beau résultat dépend des modifications heureuses que la civilisation a introduites dans l'alimentation et l'habitation de la classe indigente. Le froid humide est une cause des plus puissantes du scorbut : aussi le rencontre-t-on fréquemment dans la basse Saxe et dans la Hollande. Cette même cause agit aussi pour la production du scorbut qui se développe si fréquemment dans les prisons, les bagnes, sur les navires faisant de longues traversées, et, disons-le avec douleur, dans les hospices,

et surtout dans ces loges humides et froides où l'on parque trop souvent, sur la paille et presque nus, de malheureux aliénés. Lind a prouvé que l'humidité était la cause la plus puissante du scorbut qui survenait en mer. Elle agit d'autant plus efficacement qu'elle est unie à plusieurs autres conditions défavorables, comme la privation de vêtements, et surtout une alimentation grossière et insuffisante. Les viandes salées et fumées, qu'on a regardées avec raison comme une des causes du scorbut de mer, n'agissent pas par le sel qu'elles contiennent, comme on l'a cru longtemps, mais parce qu'elles fournissent à la nutrition des éléments insuffisants et que l'estomac a trop de peine à isoler ; il en est de même des viandes fumées. Enfin un travail forcé, des veilles prolongées, les peines morales, la nostalgie, et généralement toutes les causes débilitantes, favorisent le développement de la maladie. Il ne paraît pas, au contraire, d'après le témoignage de Lind, que la privation des végétaux frais soit une cause aussi active de scorbut qu'on l'avait supposé pendant plusieurs siècles. En général, le scorbut, surtout celui qui affecte un grand nombre de personnes, survient sous l'influence de plusieurs de ces causes réunies ; c'est ce qu'on vit, par exemple, pour le scorbut qui ravagea l'armée de Louis IX, et généralement pour toutes les maladies semblables qui sévirent sur les malheureuses populations du moyen âge, ainsi que pour l'épidémie qui dévasta les quartiers pauvres de Paris, à la fin du trop long règne de Louis XIV. Le scorbut n'est pas contagieux ; les faits que Fodéré a réunis pour prouver le contraire ne sont pas concluants.

Traitement. — Le scorbut est une des maladies dont l'homme peut le mieux se préserver lorsqu'il s'entoure de conditions hygiéniques favorables. Ainsi un air sec, des vêtements chauds, et une bonne alimentation à la fois végétale et animale sont les meilleurs préservatifs. Sur mer on peut aussi se garantir du scorbut : cette maladie, en effet, quoique affectant quelquefois encore les équipages, est loin d'offrir la gravité qu'elle avait autrefois. Pour la prévenir il faut, à l'exemple de Cook, veiller à la propreté du navire ; il faut n'y entretenir aucune cause d'humidité ; on sera pourvu de provisions fraîches ; les matelots auront de bons vêtements qu'ils changeront dès qu'ils seront humides ; on leur donnera quelques fruits acides, on leur distribuera quelques rations de liqueurs spiritueuses ; enfin on tâchera de les égayer par la musique, par les danses, les spectacles, les récits, etc. C'est par une hygiène bien ordonnée qu'on est parvenu à se garantir presque entièrement du scorbut, même pendant les navigations les plus longues et les plus pénibles : ainsi cette maladie, qui, dans les siècles derniers, privait souvent des flottes entières de la plus grande partie de leur effectif, a aujourd'hui presque complétement disparu. La cessation de ce fléau explique en grande partie la diminution énorme de la mortalité dans la marine anglaise (1).

(1) L'amélioration dans les conditions hygiéniques qui a si profondément modifié la mortalité de la plupart des classes de la société a surtout agi de la manière la plus heureuse sur les marins anglais. En effet, la mortalité, qui en 1779 était chez

Lorsque le scorbut se déclare, il faut, aussitôt qu'on le peut, soustraire les individus aux causes qui ont développé la maladie. Si les malades peuvent manger, on leur donne une alimentation à la fois substantielle et douce; la chair de poisson et surtout celle de tortue sont très utiles. Les bouillons gras contenant beaucoup de plantes; le cresson, la laitue, l'oseille, le cerfeuil, les fruits acides, les limonades végétales, le lait, l'infusion de bourgeons de sapin, le bon vin, tels sont les moyens qu'il convient d'employer au début. Il faut en même temps vaincre la répugnance que les malades ont pour le mouvement, et les forcer à se promener.

Tout le monde, mais Lind surtout, vante beaucoup les citrons et les oranges comme des moyens excellents pour guérir le scorbut et même pour s'en préserver. Les acides minéraux semblent, au contraire, avoir peu d'efficacité. On a aussi préconisé l'usage de toutes les plantes âcres ou amères : ainsi l'ail, l'ognon, la moutarde, le raifort, le cochléaria, le quinquina, ont été donnés en nature, en infusion, en conserve, en sirop. Ces moyens conviennent aussi dans les hémorrhagies; mais alors on les associe aux astringents. Il faut que le traitement soit continué pendant longtemps, si on ne veut pas avoir des rechutes. Le gonflement, l'état fongueux des gencives, exigent l'emploi des gargarismes toniques, astringents : on pourra aussi les toucher avec l'acide chlorhydrique. Si les extrémités s'œdématient, on fera des frictions sèches avec la vapeur d'ambre, de benjoin ; les ulcères seront lavés et pansés avec des substances antiseptiques. Si le scorbut se complique de dyssenterie, on conseille d'employer des toniques, de petites doses de rhubarbe, la thériaque, le diascordium, ou bien encore on donne de temps en temps un peu d'ipécacuanha. Les scorbutiques ne supportent pas les saignées. Il faut aussi s'abstenir des purgatifs énergiques et des vésicatoires; car les premiers augmentent la faiblesse, et les seconds peuvent être suivis de gangrène.

Nature. — Le scorbut est une maladie générale. Jusque dans ces derniers temps, on plaçait la cause prochaine de la maladie dans la défibrination du sang, et on expliquait par cette lésion plusieurs des symptômes de la maladie, notamment les hémorrhagies; mais les faits si remarquables publiés l'an dernier par MM. Andral, Fauvel, Becquerel et Rodier, doivent nous faire hésiter, et avant de proposer une théorie du scorbut, il est nécessaire que des observations nouvelles nous apprennent si les faits que je rappelle sont exceptionnels ou s'ils constituent la règle.

eux de 1 sur 8 chaque année, n'était en 1811 que de 1 sur 32, et actuellement, ou du moins il y a dix ans, elle n'était que de 1 sur 72. Tout porte à penser que l'amélioration est aujourd'hui encore plus grande.

CINQUIÈME CLASSE DE MALADIES.

DES SÉCRÉTIONS MORBIDES.

Sous le titre de *sécrétions morbides*, d'*hypercrinies* ou d'*hyperdiacrises*, on comprend un grand nombre d'affections caractérisées par l'augmentation d'un fluide naturel, ou bien par la sécrétion accidentelle d'un fluide inaccoutumé, sans qu'on puisse constater ordinairement aucune lésion appréciable dans le tissu. Le produit ainsi sécrété s'écoule au dehors, ou bien il est retenu dans les parties mêmes où il a été exhalé : dans le premier cas il y a *flux ;* dans le second, on dit qu'il y a *collection* ou *épanchement*. On peut d'ailleurs, dans le même organe, voir alternativement les liquides exhalés s'écouler au dehors ou être retenus : c'est ce qu'on observe particulièrement pour l'utérus.

C'est avec raison que les anciens nosographes ont admis sous le nom de *flux* et de *collection* une grande classe de maladies que quelques modernes avaient vainement essayé de faire disparaître, en voulant toujours rattacher la sécrétion morbide à une altération matérielle de l'organe exhalant. Mais les recherches d'anatomie pathologique ont démontré combien ces prétentions étaient peu fondées, puisqu'elles ont prouvé que des flux et des collections liquides considérables pouvaient exister pendant longtemps sans aucune lésion appréciable dans les parties, ou bien que les lésions qu'on découvrait quelquefois n'étaient nullement en rapport avec la gravité des accidents, et ne sauraient par conséquent les expliquer. Dans ces cas, il est impossible de caractériser anatomiquement la maladie. Prétendre que celle-ci consiste dans une *irritation sécrétoire*, ce n'est point résoudre le problème, mais c'est dissimuler notre ignorance par un mot vague qui ne démontre rien. Aussi, dans l'impuissance où nous sommes de pénétrer la nature de la maladie, nous ne pouvons mieux faire que de la caractériser par le phénomène prédominant, c'est-à-dire par l'exhalation et l'excrétion du liquide. Ce symptôme, d'ailleurs, peut, abstraction faite de la cause, le plus souvent inconnue, qui le produit, expliquer la plûpart des accidents qu'on observe, et il devient en outre la source des principales indications à remplir.

Il est peu de parties du corps qui soient à l'abri des affections dont je parle : cependant il en est qui y sont plus exposées que d'autres. Ainsi les organes glanduleux, les membranes muqueuses et la peau sont surtout sujets aux flux, tandis que les membranes séreuses, les tissus cellulaire et adipeux, et le parenchyme des viscères, sont le siége ordinaire des collections. La nature du liquide exhalé varie aussi ; c'est tantôt du sang, ou de la sérosité, ou des gaz, ou bien c'est un fluide qui, fourni normalement par un organe sécréteur, est tout à coup exhalé en plus grande quantité ; tels sont les flux muqueux, bilieux, urinaire, spermatique, etc.

Les sécrétions morbides ont souvent lieu sans prodromes ; d'autres fois elles sont précédées de symptômes précurseurs très variables, qui sont tantôt généraux et tantôt bornés à l'organe menacé. Le symptôme principal dans l'histoire des *flux* consiste dans l'excrétion d'un liquide. L'écoulement peut être continu, ou avoir lieu à certains intervalles ; il se fait sans douleurs, ou avec des souffrances parfois atroces : cependant, dans la plupart des cas, on n'observe que des troubles fort légers. Lorsque, au contraire, le liquide exhalé est contenu dans l'organe, il en résulte des accidents plus ou moins graves, dépendant surtout de la compression que le fluide exerce, compression qui est d'autant plus fâcheuse que les parties se prêtent moins à la distension. Les symptômes généraux sont nuls, légers ou graves, suivant la nature du flux et sa marche plus ou moins rapide. En général, lorsque la sécrétion morbide s'établit brusquement, les symptômes généraux sont graves : tels sont, pour les flux, le choléra et la diarrhée séreuse ; pour les collections, les épanchements dans le crâne et dans la poitrine. Enfin, lorsque les flux se prolongent, ils altèrent la constitution et finissent par produire le dépérissement. Lorsqu'une sécrétion morbide existe ainsi d'une manière continue, la plupart des sécrétions naturelles diminuent, et peuvent même presque se supprimer ; enfin la fièvre hectique survient, et les malades succombent dans le marasme.

Les maladies dont je parle ont une marche, tantôt continue, tantôt plus ou moins intermittente et parfois exactement périodique. Après une durée variable, elles se terminent par la santé, par la mort, ou par d'autres affections. La maladie, sans changer de nature, peut affecter un autre siége ; ainsi un flux sanguin des vaisseaux hémorrhoïdaux peut être remplacé par un flux de même nature de la pituitaire ou de toute autre muqueuse ; d'autres fois, un flux sanguin est remplacé par un flux séreux ou muqueux, et réciproquement. Quoi qu'il en soit, les maladies dont je parle récidivent très souvent, et l'on peut même établir que les rechutes, comme les récidives, sont peut-être plus communes dans cette classe d'affections que dans aucune autre.

Après avoir constaté l'existence, soit d'un flux, soit d'un épanchement, il faut déterminer d'après les commémoratifs, l'état actuel du malade et la marche de l'affection, si la sécrétion morbide est un phénomène primitif, essentiel, ou s'il est symptomatique d'une lésion matérielle locale, ou de l'état constitutionnel du sujet.

La gravité du pronostic est proportionnée à l'importance et à la quantité du liquide excrété, à la promptitude avec laquelle il s'écoule, et, dans les cas d'épanchement, à l'importance des organes comprimés ; enfin, à la nature de la cause, suivant que celle-ci est susceptible ou non d'être éloignée.

Les causes des sécrétions morbides sont le plus souvent obscures. Toutefois nous verrons plus tard que l'âge, le sexe, le régime, les conditions atmosphériques, certaines maladies antérieures, l'hérédité, certaines professions, etc., constituent tout autant de prédispositions pour quelques unes de ces affections en particulier. Quant à la cause prochaine, il est

ordinairement impossible de la préciser. Quelquefois la maladie est consécutive à un trouble de l'innervation ou à une modification survenue dans la circulation capillaire. Enfin, dans quelques cas, il semble que la maladie résulte d'une augmentation dans l'action des solides (*flux actifs*), tandis que d'autres fois il paraît, au contraire, que ceux-ci sont frappés d'atonie, ou que les liquides, ayant moins de densité, sont moins facilement retenus par les vaisseaux (*flux passifs*).

Le traitement des nombreuses affections qui appartiennent à cette classe varie beaucoup. Ainsi il y a des moyens directs : tels sont l'évacuation artificielle pour les collections; le tamponnement, la compression pour les flux; la médication topique pour les deux. Les moyens indirects les plus puissants dans les flux actifs sont les médications antiphlogistique et sédative ; dans les flux passifs, ce sont les toniques et les astringents. Dans les deux cas, on emploie aussi très souvent une médication perturbatrice : ainsi on produit des révulsions sur diverses parties du corps, et on excite les principales sécrétions naturelles. Enfin, la marche continue ou intermittente et la nature essentielle ou symptomatique de la maladie seront encore la source de quelques indications sur lesquelles il est inutile d'insister ici.

Comme M. Chomel le faisait autrefois dans ses cours de pathologie, nous diviserons les sécrétions morbides d'après la nature du fluide exhalé; nous allons donc étudier séparément : 1° les sécrétions séreuses; 2° les sécrétions muqueuses; 3° les sécrétions de liquides propres à quelques organes, comme l'urine, le sperme, le lait, la graisse, etc. ; 4° enfin, les pneumatoses ou la sécrétion des fluides élastiques. Dans la première édition, nous y avions joint les hémorrhagies; mais il n'y a que celles qui se font par exhalation qui pourraient entrer dans cette classe : aussi, pour ne pas scinder ce sujet, il nous a semblé plus convenable de faire des hémorrhagies une classe à part que nous avons étudiée déjà, et qui forme une transition naturelle aux maladies dont nous allons commencer la description.

Premier genre de sécrétions morbides.

SÉCRÉTIONS SÉREUSES.

L'exhalation morbide de la sérosité se fait communément dans le tissu cellulaire et dans les membranes séreuses, où le liquide est retenu pendant un temps plus ou moins long; d'autres fois la sécrétion s'opère à la surface d'une membrane muqueuse, et dans ce cas on observe, suivant la disposition des parties, tantôt un flux, tantôt une collection, et quelquefois l'un et l'autre alternativement : c'est ce que nous verrons dans les articles suivants.

DES HYDROPISIES EN GÉNÉRAL.

On ne doit comprendre sous le nom d'*hydropisie* que l'accumulation de la sérosité dans les mailles du tissu cellulaire ou dans les membranes séreuses. Quelques auteurs ont pourtant étendu la signification du même mot à l'accumulation des fluides dans des cavités accidentelles comme les kystes, ou dans des organes tapissés par des membranes muqueuses, tels que l'estomac ou l'utérus ; mais nous ne croyons pas, d'accord avec MM. Rayer et Littré, qu'on doive confondre sous la même dénomination des affections qui sont si distinctes les unes des autres. En comprenant seulement parmi les hydropisies les épanchements séreux du tissu cellulaire et des membranes séreuses, on forme un groupe naturel de maladies affectant des tissus identiques sous les rapports anatomique et physiologique ; de plus, nous verrons combien sont intimes les connexions qui lient les hydropisies des membranes séreuses à celles qui ont leur siége dans le tissu cellulaire : aussi les généralités que nous allons présenter s'appliqueront aussi bien aux premières qu'aux secondes, tandis que les épanchements des cavités muqueuses ou de certains kystes sont des maladies qu'on ne peut pas même rapprocher des hydropisies, car elles en diffèrent essentiellement par leurs causes, leurs symptômes et leur marche : les considérations que nous allons présenter ne sauraient donc leur être applicables.

Historique et divisions. — Les anciens ont connu et décrit les principales espèces d'hydropisies, sur la nature et la formation desquelles les idées les plus bizarres, en rapport avec les théories régnantes, ont été émises. Nous croyons inutile de les rappeler ici. Longtemps considérée comme une maladie distincte, l'hydropisie n'est guère aujourd'hui qu'un symptôme de différents états morbides que quelques anciens, guidés par leurs idées spéculatives, avaient indiqués en grande partie, mais dont l'existence n'a été démontrée que par les ouvertures des cadavres, et par les expérimentations des physiologistes. Après toutes ces recherches, il est désormais prouvé que presque toutes les hydropisies sont *symptomatiques*, c'est-à-dire qu'elles sont le résultat d'une altération dans la texture de certains organes ou d'un changement survenu dans la quantité et la composition du sang. Quelques unes pourtant sont *idiopathiques*, c'est-à-dire dépendant d'un travail particulier, limité à l'organe même qui est devenu le siége de l'exhalation séreuse, mais dont les causes sont presque toujours inconnues. Indépendamment de la division précédente, on a encore distingué les hydropisies en *actives* ou *sthéniques* et en *passives* ou *asthéniques*. Les premières sont celles qui, survenant promptement, ont une marche rapide et s'accompagnent de quelques symptômes de réaction ou d'excitation. On les a regardées comme affectant spécialement les sujets forts, sanguins, et on a supposé que la maladie résultait alors d'une augmentation dans la perspiration séreuse, due elle-même à un travail occulte qu'on a nommé *subinflammation* ou *irritation sécrétoire*. Les hydropisies atoniques ou passives, produites par une diminution dans l'absorption, auraient

au contraire une marche lente, et ne s'accompagneraient d'aucun phénomène d'excitation ou de réaction du côté de l'organe qui est le siége de la congestion séreuse. Les hydropisies par obstacle à la circulation veineuse seraient le type de la forme passive, tandis que beaucoup d'anasarques qui se déclarent brusquement dans la convalescence des scarlatines ou dans la néphrite albumineuse aiguë, représentent assez bien la forme sthénique. Cette dernière division des hydropisies, proposée par Breschet, adoptée même de nos jours par M. Bouillaud, est souvent d'une application très difficile dans la pratique. Nous croyons donc préférable, avec les auteurs du *Compendium de médecine*, de lui substituer une division uniquement basée sur la connaissance des causes, sans néanmoins perdre de vue les caractères sthénique et passif, qui représentent bien quelque chose de réel et peuvent devenir la source de quelques indications précises, mais qui n'embrasse pas toutes les formes des hydropisies.

Causes des hydropisies. — Une gêne au cours du sang est la cause la plus fréquente des hydropisies : tels sont tous les obstacles apportés à la circulation générale, comme le sont les maladies organiques du cœur, les épanchements dans le péricarde, certaines affections de l'aorte. D'autres fois c'est un obstacle ne gênant que la circulation veineuse d'une partie, et qui produit une hydropisie limitée à ce point du corps; tels sont les cas où une veine d'un certain calibre est obstruée ou oblitérée par des concrétions fibrineuses ou pseudo-membraneuses, ou par la compression que quelques tumeurs extérieures exercent. Cette cause d'hydropisies partielles, démontrée expérimentalement par Lower, admise comme réelle par Boerhaave, par Van-Swiéten, par Cullen, etc., a été confirmée par les recherches des médecins modernes, spécialement par les observations de MM. Bouillaud (1) et Reynaud (2).

Dans tous les cas qui précèdent, on expliquera facilement la production de l'hydropisie, si on se rappelle que les veines étant des agents principaux, sinon exclusifs de l'absorption, cette fonction doit être troublée lorsque le sang circule difficilement dans les vaisseaux dont nous parlons. Il y a alors un défaut d'équilibre entre l'exhalation qui reste la même, qui augmente peut-être, et l'absorption, qui est moindre ou même tout à fait nulle. Il faut encore rapporter aux hydropisies par obstacle à la circulation veineuse toutes celles qui surviennent dans les cas d'hypertrophie de la rate, ou lorsque le foie a augmenté de volume, ou bien, au contraire, lorsqu'il est atrophié et le siége de cette altération que nous décrirons dans le tome II sous le nom de *cirrhose*. La production de l'hydropisie s'explique encore facilement ici par la gêne qu'éprouve la circulation abdominale, soit parce que les veines se trouvent comprimées par les viscères hypertrophiés, soit, dans le cas de cirrhose ou d'atrophie du foie, parce que les ramifications de la veine porte, ayant suivi le foie dans son retrait, ont subi une diminution plus ou moins considérable de leur diamètre.

(1) *Archives*, année 1823. (2) *Journal hebdomadaire*, année 1829.

Si les maladies du système sanguin sont une cause très efficace d'hydropisie, il n'en est pas de même des affections du système lymphatique, qu'on a parfois regardées comme pouvant déterminer certains épanchements séreux : mais c'est à tort ; car on a vu ceux-ci manquer dans les cas où les principaux vaisseaux blancs avaient été oblitérés ou détruits, et même après la ligature du canal thoracique sur les animaux. Nous n'admettons pas non plus, contrairement à Abercrombie et à quelques médecins anglais, l'existence d'hydropisies symptomatiques des maladies aiguës ou chroniques des poumons ; car il nous serait facile de prouver que les infiltrations et les épanchements séreux qui surviennent dans le cours de quelques unes de ces affections s'expliquent toujours par quelques unes des altérations qui produisent habituellement les hydropisies.

Il est une classe très importante d'hydropisies qui reconnaît pour cause une altération du sang : ainsi il paraît que, lorsque ce liquide existe en quantité trop considérable, des épanchements séreux peuvent se former. Les expériences sur les animaux vivants, tentées par M. Magendie, ont appris, par exemple, que lorsqu'on injecte une certaine quantité d'eau dans le système circulatoire, on rend l'absorption interstitielle moins active, et que l'inertie de cette fonction est bientôt suivie d'une exhalation séreuse dans diverses parties du corps. C'est ainsi qu'on a expliqué certaines hydropisies se formant rapidement chez des individus pléthoriques, ou chez des personnes qui, s'étant gorgées de boisson, s'étaient mises à peu près dans les conditions de l'animal dans les veines duquel on injecte une grande quantité de liquide. Cependant les faits de ce genre sont excessivement rares, et d'ailleurs il n'est pas encore démontré que le sang, indépendamment de sa plus grande abondance, n'ait pas subi alors en même temps quelque altération dans ses qualités, car c'est là, en effet, la cause qui explique le développement d'un très grand nombre d'hydropisies. Ainsi des faits très nombreux ont aujourd'hui démontré que des hydropisies se produisent dans des cas où le sang est appauvri, lorsque le nombre des globules et la proportion de fibrine ont diminué en même temps. C'est ce qu'on voit après des hémorrhagies abondantes, à une période avancée du scorbut et de plusieurs maladies chroniques, ou bien chez des individus qui vivent dans des lieux bas, humides, privés d'air, de lumière, et qui n'ont qu'une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité. Mais l'altération du sang qui produit le plus souvent et le plus sûrement des épanchements séreux est la diminution des matériaux solides du sérum, et surtout la diminution de l'albumine. Nous verrons plus tard que telle est la cause des hydropisies qui surviennent généralement dans le cours de la maladie de Bright, lorsque le rein altéré enlève au sérum une grande quantité de son albumine.

Les altérations du sang et les obstacles à la circulation veineuse se combinent souvent et expliquent le développement de plusieurs hydropisies. C'est ainsi que les collections séreuses, qui sont si communes dans le cours des fièvres intermittentes prolongées, reconnaissent non seulement pour cause une gêne dans la circulation, occasionnée par le développement in-

solite de la rate, mais peut-être plus encore l'altération profonde que le sang a subie. Ceci s'applique également aux affections cancéreuses, qui se compliquent souvent d'hydropisies, dont le développement s'explique aussi bien par l'état de cachexie et de débilité que par l'oblitération des veines, produite tantôt par la compression des masses cancéreuses, plus souvent peut-être par la formation, dans leur intérieur, de caillots mêlés parfois à du détritus cancéreux.

D'après ce qui précède, on voit qu'il y a manifestement un ordre d'hydropisies qui reconnaît pour point de départ une altération du sang; tantôt c'est un vice de proportion dans la quantité de ce liquide, plus souvent c'est une *altération de qualité.* Nous avons admis que la défibrination du sang et que la diminution des globules pouvaient produire des épanchements séreux; mais nous nous hâtons de reconnaître que ces altérations ne sont pas celles qui déterminent le plus grand nombre d'hydropisies ni celles de ces maladies qui sont le plus intenses. D'ailleurs, à quelque degré que ces altérations existent, qu'elles soient isolées ou réunies, elles n'ont pas *nécessairement* pour effet de produire une hydropisie. Il n'en est pas de même quand la proportion d'albumine du sérum vient à diminuer, car alors l'hydropisie semble être une conséquence nécessaire et presque inévitable : c'est un point que M. Andral a parfaitement établi tout récemment. Le savant professeur paraît même, jusqu'à un certain point, mettre en doute qu'il y ait d'autres hydropisies par altération du sang que celles qui résultent de la diminution de l'albumine. Suivant lui, ce serait par suite d'une pareille altération qu'il faudrait expliquer ces hydropisies qui ont quelquefois affecté des populations entières. Telles sont celles que M. Gaspard, par exemple, a vues régner épidémiquement, en 1816, dans plusieurs départements du centre de la France, où les habitants avaient été réduits à chercher leur nourriture dans des racines et les herbes des champs qu'ils faisaient cuire. L'opinion de M. Andral, quoiqu'elle ne soit pas encore démontrée, a néanmoins quelque fondement; car, lorsqu'on analyse ainsi qu'il l'a fait le sang des moutons qui deviennent hydropiques pour avoir été nourris dans des lieux humides, avec des pâturages de mauvaise qualité, on trouve que chez eux il y a beaucoup moins d'albumine dans le sérum.

Enfin, il est des hydropisies qui, ne reconnaissant aucune des causes précédemment indiquées, se lient à un état particulier, presque toujours inconnu, des organes dans lesquels la sécrétion morbide s'opère; ce sont là, à proprement parler, les hydropisies idiopathiques et essentielles. On constate, dans ces cas, un travail morbide, une exagération dans la sécrétion séreuse, sans qu'on puisse rattacher celle-ci à aucune altération d'un solide ou d'un liquide. On a prétendu qu'il y avait alors sub-inflammation ou irritation sécrétoire; mais, comme nous avons déjà eu occasion de le dire, il ne faut pas accepter ces mots comme exprimant quelque chose de réel, mais seulement comme l'explication d'un phénomène dont nous n'avons pu jusqu'à ce jour déterminer le mécanisme. Quoi qu'il en soit, ces hydropisies dites *actives* ou par *irritation sécrétoire* se développent

quelquefois brusquement à la suite de l'impression du froid. Ainsi on a vu des ascites et des anasarques survenir chez des individus qui, ayant le corps échauffé, avaient été mouillés par la pluie ou étaient tombés dans l'eau. Le même effet a, dit-on, été produit chez des personnes qui ont pris étant en sueur une boisson glacée. Il semblerait que, dans ces cas, les fonctions de la peau ayant été momentanément suspendues, une sécrétion supplémentaire s'est faite dans le tissu cellulaire ou dans une séreuse; c'est probablement de cette manière que surviennent quelques unes des hydropisies consécutives aux fièvres éruptives. Mais il ne faut pas oublier que, dans beaucoup de cas, ces dernières se rattachent à l'existence d'une affection des reins, et qu'il en est de même pour beaucoup de celles qui se déclarent brusquement au milieu de la santé, sans cause appréciable ou à la suite d'un refroidissement. On peut lire à ce sujet dans l'*Essai d'hématologie*, page 157, de M. Andral, un exemple fort curieux; nous en avons nous-même observé quelques uns d'à peu près semblables : néanmoins, dans quelques cas, il nous a été absolument impossible de trouver une altération quelconque du côté des reins. Il est donc probable que la proportion d'albumine du sang n'avait pas alors diminué. Je dis probable; car il ne serait pas impossible, à la rigueur, qu'on vît chez l'homme ce que M. Andral a rencontré plusieurs fois chez les individus de l'espèce ovine, savoir, des hydropisies coïncidant avec une diminution de l'albumine dans le sang sans que les reins fussent malades, et indépendamment de l'écoulement préliminaire de ce principe par l'urine.

Anatomie pathologique. — Quel que soit le point du corps où siége l'hydropisie, le fluide épanché se rapproche beaucoup du sérum du sang par son aspect et par ses propriétés chimiques. Il est, en effet, limpide, inodore, incolore, de couleur légèrement citrine, parfois un peu sanguinolent; sa pesanteur spécifique varie entre 1006,7 et 1064 (Marcet); il est formé presque entièrement d'eau, dont la proportion est toujours beaucoup plus considérable que dans le sérum du sang. En effet, si ce dernier, quand il est le plus chargé d'eau, n'en contient en moyenne que 790 parties, il atteint dans la sérosité des hydropisies le chiffre de 986 comme maximum, et 930 comme minimum. Le sérum renferme en outre différents sels, tels que de l'hydrochlorate de soude et de potasse, des sulfates de potasse et de soude, des phosphates de fer, de chaux, de magnésie, dont la quantité est à peu près celle qu'on trouve dans le sérum du sang. Marcet y a découvert aussi une matière animale particulière, soluble dans l'eau, incoagulable par la chaleur, et qu'il nomme *muco-extractive*. Enfin, en faisant bouillir ce liquide ou en le traitant par l'acide nitrique, on décèle la présence de l'albumine; la quantité de ce produit, ainsi que M. Andral l'a constaté, varie depuis 4 jusqu'à 48. Il résulte aussi des recherches du même auteur que le siége de l'hydropisie, comme la nature de sa cause, n'exerce aucune influence sur l'élévation plus ou moins grande du chiffre de l'albumine; mais il n'en est pas de même de l'état plus ou moins grand d'intégrité de la constitution. En effet, plus celle-ci est encore entière et forte, plus en général la sérosité épanchée contient d'albumine. Une circonstance

remarquable, également signalée par M. Andral, c'est que, dans les cas où, chez un même individu, il existe à la fois en des lieux divers plusieurs épanchements séreux, les liquides qui les constituent peuvent différer notablement les uns des autres relativement à la proportion d'albumine qu'ils contiennent.

La quantité de sérosité épanchée varie beaucoup dans les différentes espèces d'hydropisies. Si elle est considérable, elle produit une distension des tissus; les cavités qui la contiennent sont agrandies; certains organes ayant été fortement comprimés par le liquide, sont affaissés, flétris, atrophiés. Quelques auteurs, se fondant surtout sur quelques faits relatés par Lower, Morgagni et Mascagni, ont prétendu que chez les hydropiques on trouvait souvent les vaisseaux lymphatiques volumineux et distendus; mais on a ici évidemment conclu d'après quelques cas exceptionnels; l'observation journalière ne démontre, en effet, aucune lésion appréciable dans le système lymphatique des individus qui succombent avec une hydropisie.

Symptômes. — Les symptômes généraux et locaux des hydropisies varient beaucoup suivant leur siége, et surtout suivant la cause qui les a produites. Dans la plupart des cas, on constatera une augmentation dans le volume des parties et certains symptômes dus à la compression que le fluide épanché exerce sur les organes avec lesquels il est en contact. Les accidents varient d'ailleurs suivant l'abondance de l'épanchement, la rapidité avec laquelle il se forme, et la résistance des parties qui le renferment. Quant aux symptômes généraux, il n'en est aucun qu'on puisse regarder comme spécial à l'existence d'un épanchement séreux : ainsi c'est à tort qu'on a indiqué une soif intense, l'aridité de la peau et de la muqueuse buccale, la constipation, les urines rares, en un mot la diminution de la plupart des sécrétions, comme accompagnant toutes les hydropisies; car ces différents symptômes n'existent pas chez la plupart des malades, et souvent, quand on les rencontre, ils doivent être rapportés à d'autres causes qu'à l'hydropisie elle-même.

Marche. — La marche des hydropisies varie : les unes ont une durée courte, puisqu'elles cessent au bout de quelques jours ; d'autres, par contre, persistent pendant des mois, ou même pendant des années entières. La terminaison peut être favorable ou funeste ; dans le premier cas, l'hydropisie cesse tantôt peu à peu, d'autres fois rapidement, et sa disparition coïncide souvent avec un flux considérable d'urine, avec une diarrhée séreuse, ou bien avec une abondante diaphorèse. Enfin, dans quelques cas fort rares, la guérison s'est effectuée après que la sérosité a été évacuée par une ouverture spontanée de la peau. Les hydropisies idiopathiques ne sont pas les seules qui guérissent; car on voit parfois disparaître aussi celles qui dépendent d'une lésion organique, lors même que celle-ci n'a éprouvé aucune amélioration. Dans ces cas pourtant la guérison n'est que passagère, car au bout d'un temps plus ou moins long l'hydropisie reparaît. Celle-ci peut également cesser et reparaître plusieurs fois de suite avant de devenir définitive : cependant il est bien rare qu'après la troisième récidive elle puisse diminuer, et surtout disparaître encore. La

mort est une terminaison beaucoup plus ordinaire des hydropisies : elle a lieu, tantôt par les progrès toujours croissants des maladies dont l'hydropisie est un des symptômes, tantôt par suite de quelque complication, ou par quelques accidents que produit l'épanchement lui-même, tels sont les gangrènes et les érysipèles phlegmoneux (dans l'anasarque), l'asphyxie (dans l'hydrothorax). Enfin, un certain nombre de malades sont emportés rapidement par divers troubles cérébraux, tels que délire, mouvements convulsifs et coma. Ces accidents, parfois précédés de céphalalgie, de torpeur, se développent en général brusquement; ils sont presque toujours précédés d'une diminution considérable de l'hydropisie. Le développement des symptômes apoplectiques dépend ici de ce que la sérosité résorbée a été portée vers les centres nerveux par un véritable mouvement métastatique : aussi, à l'autopsie des sujets qui ont succombé aux accidents dont je parle, on a trouvé des épanchements séreux considérables dans les ventricules, dans la cavité arachnoïdienne, ou dans le tissu cellulaire de la pie-mère, ou bien enfin, mais beaucoup plus rarement, la sérosité était combinée avec la substance cérébrale elle-même. Ces accidents, qu'on peut voir survenir dans le cours de toutes les hydropisies, se rencontrent surtout dans les cas d'anasarque et d'ascite ; on les a même vus se déclarer souvent lorsque l'infiltration n'occupait que les membres inférieurs; M. le docteur Lasserre en a recueilli plusieurs exemples chez les femmes grosses (*Gaz. médicale de* 1843).

Diagnostic. — Le diagnostic des hydropisies offre deux problèmes à résoudre : 1° reconnaître l'hydropisie; 2° déterminer si elle est essentielle ou symptomatique. Il est, en général, facile de reconnaître un épanchement séreux par les troubles fonctionnels qu'on observe, ainsi que par les signes que fournissent l'inspection des parties, la palpation et la percussion : il est beaucoup plus difficile de remonter à la cause qui a produit et qui entretient la maladie. Cependant, pour déterminer ce point de diagnostic, on aura surtout égard à la marche plus ou moins rapide de l'hydropisie, aux parties du corps qu'elle a d'abord affectées, aux circonstances qui l'ont précédée, aux symptômes qui l'accompagnent. Il ne faut pas oublier que le nombre des hydropisies idiopathiques et essentielles est aujourd'hui extrêmement restreint, que lorsqu'on ne pourra pas expliquer le développement des épanchements séreux par un obstacle mécanique à la circulation, presque toujours on en trouvera le point de départ dans une altération de sang ; et comme de toutes ces lésions celle qui produit le plus sûrement les hydropisies consiste dans une diminution de l'albumine qui est éliminée par les reins, on devra toujours rechercher si l'urine ne renferme pas ce principe.

Pronostic. — Le pronostic de l'hydropisie est subordonné à la cause qui l'a produite, au siége de l'épanchement, au nombre des récidives, aux complications qui surviennent. La diminution de l'épanchement est généralement une circonstance favorable ; toutefois ce signe n'aura d'importance qu'autant que l'état général se sera également amélioré, attendu que quelquefois, comme nous l'avons dit, la diminution brusque de l'hydro-

pisie coïncide avec l'apparition de symptômes cérébraux graves. D'ailleurs il n'est pas rare de voir les épanchements séreux diminuer notablement dans les derniers jours de l'existence sans qu'il y ait métastase.

Traitement. — Dans le traitement de toute hydropisie, il y a deux indications à remplir : 1° combattre la cause de la maladie ; 2° favoriser l'évacuation du liquide épanché.

Première indication. — Les moyens à employer pour satisfaire à la première indication varient suivant la cause qui a produit l'hydropisie. Celle-ci dépend-elle d'un obstacle au cours du sang, il faudra s'efforcer de diminuer ou de détruire celui-ci. Mais c'est là une indication qu'il est rarement possible de remplir. Il y a, par contre, certaines causes d'hydropisies, telles que la pléthore et l'état anémique, qui peuvent être combattues efficacement, la première, par la saignée et par les antiphlogistiques, la seconde, par les toniques, les ferrugineux et par un régime analeptique. Quelle que soit, d'ailleurs, la cause première de l'hydropisie, il faut, avant de songer à évacuer la sérosité, combattre avec soin l'état inflammatoire ou sthénique, qui tantôt est la cause de l'hydropisie, qui d'autres fois vient seulement la compliquer. Cet état sthénique, spécialement caractérisé par la force et la vibrance du pouls, la chaleur et la congestion de la peau, réclame l'emploi des émissions sanguines, que l'on proportionnera d'ailleurs aux forces du sujet et à l'intensité des symptômes. Les antiphlogistiques seront d'autant mieux indiqués que ces accidents surviennent le plus souvent chez des sujets jeunes, vigoureux, bien nourris, et chez lesquels l'hydropisie s'est développée rapidement. Les médecins anglais conseillent dans ces cas l'emploi simultané de l'opium et du calomel à doses fractionnées (10 à 20 centigrammes de calomel et 2 à 10 centigrammes d'opium toutes les trois heures). Beaucoup proposent de continuer ces moyens jusqu'à salivation : l'efficacité de ce traitement n'est pas encore suffisamment démontrée.

Deuxième indication. — Lorsqu'on a combattu convenablement l'état sthénique ou asthénique, ou bien lorsqu'aucune de ces deux indications n'existe, et que, l'hydropisie tenant à une cause matérielle, on ne peut espérer qu'un soulagement momentané, il faut tenter l'évacuation de la sérosité. On y parvient par des moyens directs, tels que l'incision ou la ponction des parties dans lesquelles le liquide est épanché, ou bien on emploie des moyens indirects, tels que les purgatifs, les vomitifs, les diurétiques, les sudorifiques, les sialagogues, les vésicatoires, dans le but de provoquer des sécrétions artificielles et d'activer l'absorption aux dépens du liquide épanché. Parmi ces moyens, les purgatifs et surtout les purgatifs drastiques sont ceux qui ont le plus d'efficacité ; on les emploie lorsqu'aucune complication des organes digestifs n'en contre-indique l'usage. L'huile de croton tiglium, le jalap, le sirop de nerprun, la gommegutte, les décoctions de sureau, ou *sambucus nigra* (32 grammes pour deux pintes d'eau ; réduire à une), les pilules de Bacher, dont l'ellébore forme la base, au nombre de deux à dix par jour, sont les principales substances purgatives auxquelles on aura recours. On devra les admi-

nistrer à des intervalles très rapprochés, c'est-à-dire tous les deux ou trois jours ; sans cette précaution, on voit l'hydropisie reparaître avec une grande rapidité.

Les diurétiques spécialement employés dans les hydropisies sont les tisanes faites avec le chiendent, la pariétaire, les queues de cerises, la turquette, le fraisier, le cerfeuil, l'asperge, le genet vert, auxquels on ajoute une certaine quantité de nitre ou d'acétate de potasse. Les poudres de digitale et de scille pourraient également être prescrites. On a aussi conseillé d'introduire les diurétiques par la peau. Dans ce but, on pratique des frictions avec les teintures de scille et de digitale, ou bien on met des compresses trempées dans une forte décoction de ces plantes. C'est un moyen que M. Trousseau a beaucoup préconisé. On a proposé aussi d'administrer le sucre à haute dose : ce moyen agit comme diurétique ou comme sudorifique. On est parvenu quelquefois, par lui seul, à faire disparaître des hydropisies considérables. La cassonade, d'après M. Bagot, serait plus efficace que le sucre raffiné ; on la donne à la dose de une à plusieurs livres chaque jour. Les sudorifiques sont des agents plus incertains encore dans leur action que les diurétiques ; les fumigations aromatiques, et surtout les bains de vapeur, sont le moyen le plus efficace pour produire la diaphorèse. On peut y joindre l'emploi des bois sudorifiques, de la poudre de Dower, etc., et l'usage de la flanelle.

Le régime alimentaire variera suivant les conditions particulières des malades. Dans aucun cas on ne doit, à l'exemple des anciens, priver les malades de boissons, de peur d'augmenter l'hydropisie, car cette crainte n'est nullement fondée : c'est donc sans motifs qu'on ajouterait le tourment de la soif aux souffrances de la maladie.

DES HYDROPISIES EN PARTICULIER.

DE L'ANASARQUE.

On donne les noms d'*anasarque* ou de *leucophlegmatie* (1) à l'accumulation de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire de tout le corps; cette infiltration est surtout manifeste dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Caractères anatomiques. — Cette hydropisie est caractérisée par un gonflement, en général indolent, qui cède sous le doigt, et en conserve l'impression pendant un temps plus ou moins long. Si on incise les parties infiltrées, il en ruisselle de la sérosité ayant les qualités dont nous avons précédemment parlé. Le tissu cellulaire est raréfié, les mailles sont agrandies, il est souvent ramolli, plus friable (Lobstein), parfois même il est diffluent, d'aspect gélatineux, et n'a plus son organisation. La sérosité existe en plus grande abondance dans le réseau cellulaire sous-cutané; quelquefois elle s'accumule aussi entre les couches musculaires, dans leurs interstices celluleux et dans le tissu cellulaire qui double les membranes muqueuses, séreuses, ou entre les différentes tuniques des viscères mem-

(1) Anasarque, de ἀνὰ, *entre*, et de σάρξ, *chair*. Leucophlegmatie, de λευκὸς, *blanc*, et de φλέγμα, *phlegme*.

braneux. Si l'anasarque est ancienne, les muscles sont décolorés, comme macérés; la peau est blanche, amincie, demi-transparente.

Division et étiologie. — On peut établir, pour l'étude de l'anasarque, toutes les divisions que nous avons admises précédemment. La maladie peut se développer sous l'influence de chacune des causes que nous avons énumérées à l'occasion des hydropisies en général.

Symptômes. — Le début de l'anasarque varie suivant que l'affection est aiguë ou qu'elle est chronique, mais elle diffère surtout d'après les causes qui président à son développement. Il est très rare de voir l'hydropisie être tout à coup générale, et même il n'est pas fréquent qu'elle envahisse d'emblée plusieurs points du corps à la fois. C'est ce qu'on observe cependant dans les cas où l'anasarque est symptomatique d'un état pléthorique, ou bien encore lorsque l'hydropisie est le résultat d'une maladie aiguë, telle qu'une aortite (Bizot), une péricardite (Chomel), certaines variétés de la maladie de Bright, particulièrement celle qui survient au déclin de la scarlatine (Hamilton, Rayer). Dans la plupart des cas, surtout si l'anasarque est passive, on voit l'hydropisie limitée, pendant un temps plus ou moins long, à un point plus ou moins circonscrit, se propager ensuite successivement à tout le reste du corps. Les parties primitivement envahies par l'infiltration séreuse diffèrent, d'ailleurs, suivant la cause qui produit l'anasarque, circonstance importante à noter dans le diagnostic différentiel. Les caractères de l'anasarque varient ; en général, la peau est pâle, ou d'un blanc presque laiteux; la pression du doigt détermine sans effort et sans exciter aucune douleur un enfoncement qui disparaît lentement dès qu'on cesse de comprimer. Quelquefois cependant les téguments présentent une dureté, une résistance remarquable que j'ai plus spécialement rencontrée lorsque la sérosité occupe la paroi de l'abdomen. L'infiltration est d'autant plus considérable et plus abondante qu'elle se fait dans un tissu cellulaire plus lâche. Ainsi les paupières sont quelquefois infiltrées au point de recouvrir complétement le globe oculaire ; les grandes lèvres chez la femme, le scrotum chez l'homme, peuvent acquérir le volume d'une tête d'adolescent; si la verge est très infiltrée, le prépuce se contourne en spirale, et l'excrétion de l'urine devient difficile. Dans tous les cas, la sérosité, obéissant aux lois de la pesanteur, s'accumule en plus grande quantité dans les points déclives, tels que la région lombaire ; pour la même raison, elle est plus abondante dans les membres inférieurs que dans les supérieurs ; il n'est même pas rare de voir les premiers doubler, et parfois tripler de volume. Lorsque la peau se trouve ainsi distendue outre mesure, elle offre une température au-dessous de la moyenne ; elle perd son humidité et sa souplesse, sa sensibilité diminue, et parfois celle-ci cesse si complétement qu'on a vu des malades se faire des brûlures larges et profondes sans en avoir la conscience. Cette distension extrême de la peau peut être portée à un degré tel, qu'on voit cette membrane se fendiller, se crevasser, et livrer ainsi passage à la sérosité. D'autres fois la peau, sous l'influence de cette tension permanente, ou bien à l'occasion d'une plaie, d'une piqûre, ou de toute autre cause irritante, est frappée d'inflammation érysipéla-

teuse, laquelle se termine presque toujours par gangrène ; cet accident devient souvent une des causes principales de la mort.

Les symptômes généraux varient suivant la cause qui provoque et entretient l'anasarque; dans la plupart des cas, il y a langueur de toutes les fonctions de l'économie ; la soif est plus ou moins vive; la diarrhée, qui se déclare surtout à une période avancée de la maladie, vient encore augmenter la faiblesse; l'urine est généralement peu abondante, et dans le cas où l'anasarque est symptomatique d'une maladie de Bright, ce liquide contient, comme nous l'avons dit, une quantité d'albumine plus ou moins considérable. Les caractères précédents se remarquent surtout dans la forme d'anasarque que les auteurs nomment asthénique ou passive.

Marche. — Si l'hydropisie est aiguë, on la voit se manifester rapidement et occuper en quelques heures une grande étendue, et quelquefois même toute l'habitude extérieure du corps. La peau offre souvent une teinte légèrement rosée; elle est chaude, sèche, rénitente au toucher, et si on la presse fortement avec le doigt, on excite une légère douleur et on détermine une petite dépression qui disparaît promptement dès qu'on cesse de comprimer ; il existe toujours alors une fièvre plus ou moins vive, et si l'on saigne les malades, le sang présente communément une couenne inflammatoire. L'anasarque reste tantôt stationnaire; d'autres fois elle s'accroît de plus en plus; il est rare pourtant que le corps acquière ce volume énorme et parfois monstrueux qu'il a dans les anasarques chroniques et passives. Dans cette forme aiguë de la maladie, le fluide épanché semble obéir moins complétement aux lois de la pesanteur, et on ne voit pas, comme dans les anasarques passives, les parties déclives former des bourrelets volumineux et se déformer par suite de l'accumulation excessive de la sérosité. Tels sont les symptômes signalés par la plupart des auteurs comme indiquant l'existence d'une anasarque *idiopathique aiguë.* Mais si, dans des cas pareils, on veut explorer avec soin toutes les fonctions de l'économie, on découvrira certainement dans le cœur, le péricarde, l'aorte, les reins, ou dans le sang, la cause matérielle qui a provoqué l'hydropisie. De toutes ces causes organiques, la forme aiguë de la maladie de Bright est celle qui produit le plus souvent l'anasarque active. Dans ces cas, la douleur dans la région lombaire et surtout l'état albumineux de l'urine permettront d'établir un diagnostic certain.

A une période avancée, la plupart des anasarques se compliquent d'épanchements séreux dans diverses cavités, spécialement dans le péritoine et dans les plèvres. Si la maladie se termine par le retour à la santé, on voit l'infiltration diminuer peu à peu; la face et les pieds sont les parties du corps où elle cesse en dernier lieu.

Diagnostic. — Il est impossible de confondre l'anasarque avec aucune autre maladie; mais il est beaucoup plus difficile de déterminer la cause qui a produit l'infiltration séreuse. Pour résoudre ce dernier problème, on cherchera les parties que l'hydropisie a primitivement envahies, la marche qu'elle a suivie, les troubles fonctionnels qui coïncident avec elle et les circonstances qui ont précédé son développement. Ainsi l'observation a

démontré que l'anasarque qui est survenue lentement et qui a commencé par l'infiltration des pieds et des jambes reconnaît presque toujours pour cause une affection organique du cœur. Celle qui est symptomatique d'une maladie de la rate et du foie a, il est vrai, le même mode d'origine, mais elle diffère de la précédente par cette circonstance remarquable que la suffusion séreuse des membres survient toujours consécutivement à l'hydropisie du péritoine. Il paraît en être à peu près de même pour l'anasarque qui succède à la compression ou à l'oblitération du tronc de la veine cave inférieure. Il y a de plus, dans ce cas, une dilatation considérable et parfois variqueuse des veines superficielles des parois abdominales. A l'anasarque qui a débuté par la face ou par les mains, à celle dans laquelle l'infiltration occupe à la fois plusieurs points du corps éloignés les uns des autres, comme les paupières, un membre, la paroi antérieure de la poitrine, etc., se lie presque nécessairement l'existence d'une maladie de Bright. Il en est de même de l'infiltration qui envahit presque d'emblée toute la surface du corps. Si les reins étaient exempts d'altération, on rechercherait alors s'il n'existe pas quelque phlegmasie du péricarde, du cœur, de l'aorte, ou un état pléthorique, parce que ces maladies sont, après les affections rénales et les fièvres éruptives, la cause la plus ordinaire des anasarques qui se montrent rapidement. Enfin il sera toujours facile de rapporter à leur véritable cause les anasarques qui succèdent aux fièvres intermittentes prolongées, aux fièvres éruptives, ou qui sont symptomatiques d'un état cachectique.

Pronostic. — L'anasarque est une maladie toujours grave; il n'y a que celle qui survient brusquement sous l'influence de la pléthore qui n'offre presque aucun péril et qui cède généralement en peu de temps aux moyens qu'on lui oppose.

Traitement. — Dans le traitement de l'anasarque, on suivra les règles que j'ai tracées précédemment à l'occasion des hydropisies en général. Je n'ai rien à ajouter aux préceptes que j'ai donnés; mais malheureusement on rencontre fréquemment des cas qui sont rebelles aux moyens que j'ai énumérés. L'hydropisie, continuant alors à s'accroître, excite des douleurs vives par suite de la distension de la peau; elle rend le mouvement des parties difficile ou même absolument impossible; il est alors urgent d'avoir recours à quelques moyens chirurgicaux pour évacuer la sérosité. C'est dans ce but qu'on a conseillé les vésicatoires, les sétons, les cautères, médications qui sont à juste titre abandonnées généralement aujourd'hui; car elles avaient l'inconvénient d'exciter dans les lieux où on les appliquait des inflammations qui se terminaient presque toujours par gangrène. Le même danger serait à redouter si, pour évacuer la sérosité, on pratiquait des scarifications, des incisions linéaires et très superficielles, ou même de petites mouchetures sur la peau. M. Roche dit avoir souvent employé avec avantage de simples piqûres pratiquées avec une aiguille; c'était un moyen que Willis avait beaucoup préconisé. Il avait pour habitude de faire à un pouce de distance les unes des autres cinq ou six piqûres avec une aiguille ordinaire; il les renouvelait souvent tous les jours, et même deux fois dans

les vingt-quatre heures. C'est une excellente méthode, préférable à celle qui est adoptée par la plupart des praticiens et qui consiste à faire avec une lancette étroite une simple piqûre qui intéresse toute l'épaisseur de la peau, en ayant soin de choisir un point où cette membrane ne soit pas trop amincie ni affectée d'érysipèle. Si, malgré les précautions qu'on prend, la gangrène s'emparait des lèvres des petites solutions de continuité, il serait à peu près impossible de maîtriser les accidents. J. Copland conseille pourtant en pareil cas l'application de compresses imbibées d'huile essentielle de térébenthine.

DE L'OEDÈME.

L'œdème ne diffère de l'anasarque que parce que l'infiltration, au lieu d'être générale, est limitée à une partie du corps. D'après le siége de l'infiltration séreuse, on doit distinguer des œdèmes *sous-cutané*, *sous-muqueux*, *sous-séreux*, *interstitiel* et *parenchymateux*.

L'œdème sous-cutané offre les mêmes caractères extérieurs que l'anasarque : il a la même étiologie, c'est-à-dire qu'il est presque toujours symptomatique. Phénomène fréquent dans la convalescence et dans la dernière période des maladies chroniques, il occupe le plus souvent les membres inférieurs, surtout au niveau des malléoles, et se lie alors communément à la faiblesse des sujets. Il présente tous les caractères d'un œdème passif, c'est-à-dire que la peau est d'un blanc mat, que la tuméfaction est complétement indolente, et qu'elle conserve longtemps l'impression du doigt. Cependant il n'est pas rare de voir l'œdème qui survient pendant la convalescence des maladies fébriles présenter la plupart des caractères de l'œdème actif, c'est-à-dire que la peau est peu décolorée, la pression en est douloureuse, la tuméfaction résiste davantage que précédemment, et conserve moins longtemps l'impression du doigt. Cet œdème, presque toujours borné à une partie de la jambe, offre, comme on le verra, quelque ressemblance avec l'œdème douloureux des femmes en couches. Il est difficile d'en expliquer le développement : rien ne prouve qu'il se rattache à quelque obstacle à la circulation veineuse ou à une altération du sang. Il n'en est pas de même de celui qu'on voit si souvent se développer chez certains individus après des marches longues, surtout chez ceux qui voyagent plusieurs jours renfermés dans une voiture, les jambes constamment fléchies. Ici l'œdème s'explique très bien par la gêne que la circulation veineuse a éprouvée : aussi il suffit de quelques jours de repos dans la position horizontale pour en triompher tout à fait. Si on excepte les conditions que nous venons d'énumérer, on peut dire que l'œdème qui occupe les deux membres inférieurs à la fois, s'il ne se lie point à la présence de varices, est le premier degré d'une hydropisie qui tôt ou tard deviendra générale, et qui le plus souvent est symptomatique d'une affection organique du cœur. Nous avons vu aussi qu'un obstacle au cours du sang dans la veine cave inférieure pouvait produire le même phénomène. Enfin l'œdème qui affecte si souvent les membres inférieurs chez les femmes at-

teintes de cancer utérin, se lie presque toujours à la présence de caillots fibrineux, adhérents, mêlés à du détritus cancéreux, et qui obstruent les veines iliaques, crurales et hypogastriques. C'est un fait que j'ai eu occasion de vérifier fréquemment à l'hospice de la Salpêtrière il y a dix-sept ans. L'œdème, borné à l'un des membres, indique presque toujours l'obstruction ou l'oblitération d'un des vaisseaux qui rapportent vers le tronc le sang de ce membre. Ainsi l'œdème permanent de la jambe et du pied est souvent produit par des varices, par la compression qu'un anévrisme poplité ou inguinal, qu'une hernie crurale ou qu'un bandage destiné à la maintenir, exercent sur la veine principale du membre. D'autres fois, c'est dans la fosse iliaque elle-même que réside la cause de l'œdème : tels sont en particulier les tumeurs phlegmoneuses et les anévrismes des artères iliaques qui compriment les veines du même nom. L'œdème d'un des membres supérieurs doit aussi porter le médecin à explorer attentivement le creux axillaire et la cavité thoracique; car cette infiltration dépend souvent de la compression qu'exercent sur les veines des membres diverses tumeurs solides, et particulièrement des tumeurs anévrismales. L'œdème occupe-t-il la moitié de la face et du cou, on devra diagnostiquer un obstacle à la terminaison de la veine jugulaire. Enfin, l'hydropisie envahit-elle à la fois la moitié supérieure du tronc, comme dans un fait observé il y a peu d'années par M. Chomel, et comme je l'ai vu moi-même récemment, on diagnostiquera un obstacle tel que tumeur cancéreuse des médiastins, anévrisme de l'aorte, etc., s'opposant au retour du sang dans la veine cave supérieure. Un œdème circonscrit, survenant dans un point qui a été le siége d'une tumeur phlegmoneuse, est souvent le seul signe qui indique l'existence d'un abcès plus ou moins profond. C'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment pour les abcès sous-aponévrotiques des membres, pour ceux des fosses iliaques. Enfin l'infiltration séreuse d'une moitié de la face est un phénomène qui seul, dans quelques cas, a conduit M. Chomel à chercher et à reconnaître un abcès formé sur le bord alvéolaire d'une des mâchoires, et dû presque toujours à l'altération d'une dent. Ici l'œdème dépend encore de la gêne de la circulation produite par la tuméfaction des parties. L'infiltration séreuse qu'on observe aussi fréquemment au pourtour des parties enflammées reconnaît la même cause. Enfin quelques cas de gangrène spontanée des membres sont précédés, ou du moins accompagnés d'un œdème considérable, circonstance qui doit faire soupçonner qu'un des principaux obstacles au cours du sang réside dans les troncs veineux.

Les faits qui précèdent, et que j'aurais pu encore beaucoup multiplier, démontrent combien est grande la valeur séméiotique de l'œdème. Celui-ci se reconnaît ordinairement à la pâleur de la peau et à la dépression qu'on produit sur cette membrane en y appuyant le doigt : cependant ce dernier caractère paraît manquer quelquefois. Ainsi la dépression peut ne pas être sensible à la vue; mais si on passe légèrement et à plusieurs reprises la pulpe du doigt sur le lieu qui a été comprimé, on distingue un léger enfoncement qui ne tarde pas à disparaître. Lorsque l'œdème est encore peu

considérable et qu'il n'occupe que la couche la plus superficielle du tissu cellulaire, on parvient encore à le constater facilement en pinçant la peau entre les doigts, ce qui a pour effet de produire une dépression tout à fait caractéristique. C'est là souvent le seul moyen de reconnaître l'œdématie commençante de la partie supérieure et interne des cuisses.

On oppose à l'œdème le même traitement qu'à l'anasarque. J'ajouterai pourtant que, dans un grand nombre de cas, une position convenable et telle qu'elle favorise la circulation veineuse suffit pour faire disparaître la maladie. Enfin la compression, à l'aide d'un bandage roulé, est un des moyens les plus efficaces pour guérir l'œdème ou pour l'empêcher d'augmenter aussi rapidement lorsqu'il se rattache à une lésion permanente. Dans l'œdème douloureux de la convalescence, on devra envelopper les parties de fomentations narcotiques. Le docteur Graves, qui a publié quelques recherches sur ce sujet, pense que le meilleur moyen à opposer à cette sorte d'œdème consiste à promener sur la tuméfaction des membres des vésicatoires volants; mais ce traitement nous paraît pire que le mal.

L'œdème sous-cutané offre deux variétés importantes à étudier, qui sont l'*œdème des nouveaux-nés* et la *phlegmatia alba dolens*.

DE L'OEDÈME DES NOUVEAUX-NÉS.

Les nouveaux-nés abandonnés dans les hospices sont fréquemment atteints, dans les premiers jours qui suivent leur naissance, d'un œdème limité parfois à quelques parties, mais qui envahit ordinairement presque toute la périphérie du corps. Comme nous le dirons plus tard, cette hydropisie ne diffère pas des œdèmes ordinaires. C'est donc à tort que plusieurs auteurs, se fondant sur quelques phénomènes accidentels et tout à fait étrangers à la maladie, ont attribué à l'œdème des nouveaux-nés des caractères qu'il n'a pas, et l'ont par suite désigné improprement par les mots de *sclérème*, d'*induration*, d'*endurcissement*, d'*œdème dur*.

Lésions cadavériques. — La maladie dont je parle est véritablement un œdème; car, si on incise après la mort les points où le gonflement a existé pendant la vie, on fait ruisseler une quantité plus ou moins considérable de sérosité jaune qui n'infiltre guère que le tissu cellulaire sous-cutané, lequel n'offre d'ailleurs aucune autre altération (Valleix). Sur les cadavres des nouveaux-nés qui succombent à l'œdème, on trouve le tube digestif souvent injecté; le système sanguin est gorgé de sang; les poumons sont souvent hépatisés; enfin, d'après les recherches que notre ami le docteur Charcellay a publiées en 1841 dans le Recueil de *la Société médicale d'Indre-et-Loire*, les reins seraient presque toujours le siége de quelque altération. Ils seraient tantôt hypérémiés, tantôt pâles, anémiques, petits, atrophiés, ou bien durs, résistants, friables; la substance corticale, enfin, serait souvent anémique, jaunâtre, hypertrophiée, d'un aspect granuleux. En un mot, on voit que l'habile médecin de Tours a trouvé chez les enfants succombant à l'œdème du tissu cellulaire quelques unes des altérations qui caractérisent la maladie de Bright : aussi M. Charcellay établit-il

comme proposition générale que l'*œdème des nouveaux-nés reconnaît très souvent pour cause une néphrite albumineuse*. Plusieurs des faits rapportés par l'observateur distingué que je viens de citer justifient cette manière de voir ; néanmoins, en présence des observations nombreuses recueillies à Paris, surtout par M. Valleix et par Billard, nous croyons qu'on ne peut invoquer une affection rénale comme cause d'œdème que dans des cas tout à fait exceptionnels. M. Roger ayant étudié récemment cette question, n'a jamais non plus trouvé les reins malades. Quant aux pneumonies et aux autres lésions qu'on rencontre sur quelques cadavres, ce ne sont que des complications, des altérations accidentelles, c'est donc à tort que quelques personnes les ont regardées comme étant la cause de l'œdème des nouveaux-nés.

Symptômes, marche. — L'œdème survient communément du premier au huitième jour après la naissance. Au début de la maladie il y a une coloration générale livide, un froid marqué de tout le corps, plus considérable aux extrémités, un assoupissement plus ou moins profond ; la respiration est gênée, et les inspirations sont courtes. Bientôt de l'œdème se manifeste aux pieds, aux mains, à la face : il s'y présente avec les caractères ordinaires, et quoi qu'en aient dit quelques auteurs, la pression du doigt produit un enfoncement profond qui disparaît lentement, à moins pourtant que l'œdème soit peu considérable. Peu à peu l'infiltration gagne d'autres parties du corps ; la face est pâle, la peau prend une couleur violette, souvent mêlée à une teinte ictérique ; le refroidissement augmente à un point tel que M. Roger a vu en pareil cas le thermomètre mis dans l'aisselle descendre à 25, 23, 22 degrés. Le pouls est à peu près imperceptible ; le cri offre quelque chose de particulier ; il est aigu, entrecoupé, extrêmement faible, souvent étouffé et voilé, phénomène qui ordinairement ne se rattache pas, comme on l'a prétendu, à un œdème de la glotte (Valleix). Enfin les enfants succombent par les progrès de l'asphyxie ou par suite d'une maladie intercurrente, et surtout d'une pneumonie. Quand la guérison survient, la respiration devient plus facile, l'assoupissement cesse, et l'œdème commence à disparaître dans les points qui avaient été envahis les derniers.

Diagnostic. — Il est impossible de confondre l'œdème des nouveaux-nés avec un *érysipèle œdémateux ;* car dans celui-ci la peau, d'un rouge foncé, est épaissie, saillante, dure, et douloureuse à la pression. Quelques auteurs ont encore confondu avec l'œdème l'endurcissement adipeux, altération que MM. Dugès et Denis ont décrite comme une variété de l'œdème. Mais, ainsi que l'observent Billard et M. Valleix, ces deux affections n'ont rien de commun ; car l'induration du tissu adipeux n'est qu'un phénomène cadavérique, ou s'il survient pendant la vie, ce n'est que durant l'agonie, et lorsque la chaleur animale est déjà presque éteinte. Ainsi Billard et M. Valleix ont bien souvent constaté que des enfants morts depuis plusieurs heures, et étant encore dans leur berceau, avaient les membres souples et mous, tandis qu'en les examinant le lendemain à l'amphithéâtre on les trouvait durs.

Pronostic. — L'œdème des nouveaux-nés est une maladie très grave, puisque presque tous les enfants qui en sont affectés succombent très rapidement.

Causes. — L'œdème paraît affecter plus particulièrement les enfants chétifs, débiles, nés avant terme. Cette maladie se rencontre rarement dans la pratique civile, tandis qu'elle est très commune dans les hospices. Les relevés statistiques de Billard, de MM. Valleix et Charcellay, ont prouvé que l'impression du froid était la cause occasionnelle la plus fréquente de l'œdème : c'est ce qui explique pourquoi la maladie est si commune dans les hospices, et pourquoi elle sévit particulièrement pendant la saison froide.

Traitement. — Les émissions sanguines paraissent être le mode de traitement le plus avantageux : ainsi l'application d'une, de deux ou de trois sangsues sera utile pour combattre l'état de congestion et de pléthore (Billard, Valleix). M. Charcellay a obtenu aussi de bons effets des bains chauds répétés et prolongés; à Paris on a essayé sans avantages réels l'usage des bains de vapeur. On protégera avant tout les enfants contre le froid, en les enveloppant de flanelle, et on fera sur la peau des frictions sèches et aromatiques. Enfin, si la faiblesse est grande, on administrera quelques toniques à l'intérieur, tels que le vin de quinquina et des boissons aromatiques.

Nature. — L'œdème des nouveaux-nés n'est peut-être pas toujours une affection absolument identique. Il est possible, comme le croit M. Charcellay, qu'il soit dans quelques cas symptomatique d'une affection rénale ; mais beaucoup plus souvent son développement s'explique par la gêne de la respiration et de la circulation. Peut-être enfin l'œdème constitue-t-il dans bon nombre de cas une maladie essentielle survenant, comme quelques anasarques qu'on observe à un âge plus avancé, sous l'influence d'un refroidissement, et probablement par suite de la diminution ou de la suppression de la perspiration cutanée.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

SYNONYMIE. — Œdème douloureux, œdème des femmes en couches; engorgements, dépôt laiteux.

Les femmes en couches sont quelquefois affectées d'un œdème ordinairement borné aux extrémités inférieures, s'accompagnant d'une sensibilité très vive des parties où il siège, et se compliquant fréquemment de diverses lésions inflammatoires du côté des systèmes lymphatique et veineux, ainsi que des articulations du bassin.

Historique. — Cette maladie, sur la nature de laquelle on ne possède encore que des notions peu précises, paraît avoir été décrite pour la première fois par Mauriceau, dans son *Traité des femmes grosses.* Puzos et Levret, dans leurs ouvrages sur les accouchements, en tracèrent un tableau plus fidèle ; mais ce ne fut qu'à la fin du dernier siècle que White publia

sur cette affection des recherches beaucoup plus complètes (1). Depuis lors la *phlegmatia alba dolens* a été l'objet de travaux importants dans toute l'Europe. On doit surtout distinguer ceux de Davis (2), de Lée (3) en Angleterre, et en France ceux de MM. Velpeau (4) et Boudant (5), Bouchut (6), Ghérard (7).

Anatomie pathologique. — Chez les femmes qui succombent à la maladie, on rencontre des lésions très diverses : ainsi on a trouvé des collections purulentes disséminées ou diffuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, et entre les couches musculaires des membres inférieurs ; chez d'autres, on a vu les ganglions lymphatiques inguinaux gonflés, ramollis et suppurés. Dans ces cas, on a trouvé quelquefois des lymphatiques volumineux contenant un pus phlegmoneux ou rougeâtre ; ce fluide a même été rencontré dans le canal thoracique. D'autres médecins, tels que Davis et Lée, ont trouvé le tronc des veines crurales et ses branches profondes, les veines iliaques et hypogastriques, enflammées, remplies de caillots et de pus. Enfin, M. Velpeau a vu les symphyses du bassin phlogosées, pleines de pus, et leurs cartilages ramollis. Il n'est pas rare de rencontrer sur le même cadavre plusieurs des lésions que je viens d'indiquer ; mais aucune d'elles ne saurait être considérée comme formant le caractère anatomique de la maladie : celle-ci n'a pour lésion constante qu'une infiltration séreuse des membres inférieurs. Les autres altérations ne doivent donc être regardées que comme des accidents ou des complications. C'est ainsi qu'ayant disséqué avec le plus grand soin le membre abdominal d'une femme qui, atteinte d'œdème douloureux, mourut d'une péritonite intercurrente, je ne pus constater aucune lésion dans les vaisseaux. M. Jacquemier cite un fait, et M. Smeets en a publié en 1836 trois autres entièrement semblables.

Symptômes. — La maladie survient rarement avant le cinquième jour des couches ou après le vingt-cinquième ; le plus souvent elle se déclare entre le dixième et le quinzième jour. Elle débute rarement dans les deux membres inférieurs à la fois ; le gauche a paru être plus fréquemment affecté que le droit : il est presque sans exemple que la maladie occupe les membres thoraciques. Lorsque l'affection commence, la femme éprouve un sentiment de pesanteur, souvent une douleur vive ou obtuse dans tout le membre ou seulement dans son tiers supérieur et interne ; quelquefois elle est limitée au mollet ou à l'aine, où existent quelques ganglions tuméfiés et douloureux. Ce symptôme ne peut souvent s'expliquer par aucun changement extérieur appréciable ; mais bientôt on observe une tuméfaction qui s'étend progressivement de haut en bas, mais qui quelquefois pourtant suit une marche inverse. Ce gonflement est souvent précédé, pendant un ou deux jours, de douleurs plus ou moins vives dans les

(1) *Inquires into the nature and cause*, etc., 1784. (2) *Medico-chirur. transactions of London*, 1823, et *Journal des progrès*, t. Ier. (3) *Med.-chirurg. transactions of London*, 1829, et *Traité des maladies des femmes.* (4) *Archives de médecine*, t. VI, année 1824. (5) *Bulletin de la Société anatomique*, année 1828. (6) *Gazette méd. de Paris*, année 1844. (7) *Thèse de la Faculté de Strasbourg*, année 1835.

points qu'il doit envahir ; mais le plus souvent ces deux phénomènes se montrent à peu près simultanément. Le membre est lourd, incapable de mouvement ; il est le siége de douleurs spontanées, vives ; la peau est lisse, plus ou moins tendue, d'un blanc laiteux et luisante ; sa température est plus élevée ; si on la presse, on détermine une vive douleur, on sent de la résistance, une sorte de rénitence diffuse ; parfois on distingue des cordons noueux, formés par des lymphatiques volumineux, indurés, et par des veines enflammées. Si le doigt ne s'enfonce pas comme il le fait dans toute autre partie frappée d'œdème, cela me paraît dépendre de la petite quantité de sérosité infiltrée et de ce que celle-ci occupe surtout le tissu cellulaire profond ; de sorte que, pour produire une dépression, il faudrait exercer avec le doigt une pression très forte : mais la sensibilité du membre s'y oppose. La position qu'on donne à la malade ne modifie pas la tuméfaction dont la partie est le siége. Plusieurs médecins, notamment MM. Raige-Delorme, Duplay, Robert Lée, ont cité, dans ces derniers temps, plusieurs faits prouvant qu'une circulation collatérale s'établit ; c'est ce que démontre le développement insolite que prennent les veines superficielles ; mais c'est là pourtant une circonstance rare. Les femmes dont nous parlons éprouvent de la soif, de l'anorexie, une réaction fébrile plus ou moins intense, avec des sueurs abondantes et des urines rares. Enfin, les seins s'affaissent, et les lochies diminuent d'abondance ou même elles se suppriment tout à fait.

Marche, terminaisons. — Ces accidents, après avoir persisté avec plus ou moins d'intensité pendant quelques jours, diminuent ensuite ; la fièvre tombe, les douleurs se calment et l'engorgement du membre se résout. Il est rare que la résolution, qui est la terminaison la plus fréquente de la maladie, se fasse simultanément sur toute l'étendue du membre ; mais, dans la plupart des cas, la cuisse se dégorge la première, tandis que la jambe et le pied reprennent leur volume un peu plus tard. La résolution est plus ou moins rapide ; quelquefois il s'écoule un ou deux mois avant qu'elle soit complète ; il faut, en général, deux à trois septénaires pour qu'elle s'effectue. La *phlegmatia alba dolens*, après avoir cessé dans un membre, peut envahir celui qui était resté sain, ou revenir dans celui qui a été primitivement atteint.

La *phlegmatia alba dolens* peut avoir une issue funeste moins par elle-même que par les complications qui surviennent et qu'on a très à tort considérées généralement comme l'élément essentiel de la maladie. C'est ainsi que de vastes suppurations peuvent dénuder largement les muscles et la peau du membre, ou bien c'est une inflammation des symphyses pubiennes et sacro-iliaques, une péritonite ; enfin, c'est le plus souvent une phlébite.

Diagnostic. — L'œdème des femmes en couches diffère de l'œdème simple par la douleur qui le précède et l'accompagne, par l'impossibilité d'y marquer l'impression du doigt, par sa marche progressive de haut en bas, et enfin par le peu d'influence qu'exercent sur lui les diverses positions du membre. Il est inutile d'insister pour prouver en quoi la maladie diffère du phlegmon : quant à l'analogie que quelques personnes

ont établie entre l'œdème douloureux et le rhumatisme, ou avec l'éléphantiasis des Arabes, nous verrons plus tard, en parlant de ces affections, que ce rapprochement n'a rien de fondé.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave qu'en raison des complications qui peuvent exister, toutefois nous manquons encore de renseignements précis pour pouvoir calculer le degré de mortalité et les conditions qui influent le plus sur la terminaison funeste. L'œdème douloureux, quand il existe sans complications, se termine presque toujours d'une manière favorable.

Étiologie. — La *phlegmatia alba dolens* est une maladie rare; White, Hull, Thomas, M. Velpeau s'accordent sur ce point. Je n'en ai moi-même observé qu'un seul exemple sur plus de cinq cents femmes qui, en 1835, accouchèrent à l'Hôtel-Dieu, ou qui, accouchées en ville, furent apportées peu après dans les salles au service desquelles j'étais alors attaché. La maladie dont nous parlons n'affecte jamais que les femmes en couches; les faits qu'on dit avoir recueillis chez l'homme n'appartiennent probablement point à cette affection. Les causes de l'œdème douloureux sont à peu près inconnues. Il paraît que cette affection survient surtout après l'impression du froid : aussi paraît-elle être plus fréquente dans les pays froids, humides et pendant l'hiver. Pendant longtemps la *phlegmatia alba dolens* a été regardée comme l'effet de la suppression des lochies et du lait; mais ces opinions sont aujourd'hui entièrement discréditées; rien, en effet, ne démontre qu'elles soient fondées.

Traitement. — L'œdème douloureux réclame l'emploi des antiphlogistiques; la saignée générale est indiquée si le pouls offre de la force; les sangsues sur les membres malades, spécialement aux aines et au jarret, calment assez bien les douleurs. Les malades seront en outre plongés dans un bain tiède, dont on prolongera le plus possible la durée; les membres seront enveloppés de fomentations émollientes et narcotiques; enfin, à l'intérieur, on administrera les boissons sudorifiques, diurétiques et laxatives, afin de favoriser le travail de résolution. M. le docteur C. Smeets dit s'être bien trouvé de l'émétique à haute dose pendant la période la plus aiguë de la maladie. Enfin, lorsque, toute inflammation ayant cessé, la tuméfaction seule du membre persiste encore, on exercera une compression méthodique à l'aide d'une bande roulée. Le gonflement résiste rarement à ce moyen.

Nature. — Les opinions les plus diverses ont été émises sur la nature de la *phlegmatia alba dolens* : ainsi les uns l'ont regardée comme constituée par une phlegmasie des vaisseaux et des ganglions lymphatiques (Moore, Hufeland, Struve, Velpeau, Deneux); d'autres en font une phlébite (Davis, Lee, Boudant, Blandin, Andral), une névrite même (Albers, Dugès), une inflammation du tissu cellulaire (Duncan, Steffen); quelques uns ont regardé l'œdème douloureux comme symptomatique d'une maladie des articulations pelviennes (Velpeau), ou d'une irritation des parties contenues dans le bassin (Burns, Busch). Plus récemment, enfin, M. Velpeau a émis l'opinion, dans une des séances de l'Académie

de médecine (13 juin 1843), que l'œdème douloureux avait pour élément principal l'inflammation des vaisseaux lymphatiques du centre du membre, inflammation qui se propageait consécutivement aux veines. Mais toutes ces lésions, qu'on considère comme formant l'élément anatomique de la maladie, ne doivent au contraire être regardées, suivant nous, que comme des complications ou des lésions purement accidentelles. Nous redisons que, dans la *phlegmatia alba dolens*, il n'y a d'autre lésion nécessaire constante que l'infiltration du tissu cellulaire. L'œdème douloureux ne serait donc, dans notre manière de voir, qu'une espèce d'hydropisie essentielle qu'une sécrétion insolite s'opérant dans le tissu cellulaire sous l'influence de causes encore indéterminées, souvent par suite d'écarts de régime et de refroidissement surtout. Cette opinion est à peu près celle qu'adoptent MM. les professeurs Cloquet, Aug. Bérard et Moreau. L'idée généralement répandue aujourd'hui, qui ferait de la *phlegmatia alba dolens* une phlébite, est une des moins fondées, puisque pendant la vie on n'observe pas les signes de résorption et d'infection qui surviennent dans beaucoup des inflammations veineuses; ajoutons que l'œdème se développe de haut en bas, c'est-à-dire en sens inverse de celui qui serait déterminé par une obstruction des veines; enfin la maladie, lorsqu'elle est simple, n'est jamais mortelle : elle n'est grave que par ses complications. Mais si la maladie n'est pas constituée par une phlébite, on doit reconnaître pourtant que l'inflammation des veines est une de ses complications les plus communes. Tantôt elle atteint une veine importante, mais le plus souvent elle est limitée à un vaisseau d'un petit calibre, et dont l'altération, par conséquent ne saurait expliquer les troubles locaux observés pendant la vie.

HYDROPISIES CÉRÉBRO-SPINALES.

M. Magendie a démontré qu'il existait normalement dans le crâne et le rachis, un fluide séreux, dont la quantité est en raison inverse du développement et du volume de l'axe cérébro-spinal. Ce liquide, qu'il nomme *céphalo-rachidien*, situé entre l'arachnoïde et la pie-mère, enveloppe de toutes parts la moelle et le cerveau, et baigne en outre les cavités creusées dans les lobes cérébraux, dans le cervelet, dans la moelle allongée et la protubérance annulaire; il circule librement dans tous ces points. C'est lui qui, venant à augmenter d'une manière insolite, constitue l'hydropisie des centres nerveux. Cependant ce n'est pas là la seule source du fluide séreux qui peut se former dans le crâne et dans le rachis. Il est, en effet, incontestable que quelquefois des épanchements séreux existent exclusivement ou simultanément dans la grande cavité arachnoïdienne; mais il faut convenir que ces cas sont tout à fait exceptionnels. Les accumulations séreuses du rachis sont nommées *hydrorachis*, celles du crâne constituent l'*hydrocéphale*. On en a admis pour cette dernière trois variétés, qui sont : l'hydrocéphale *chronique*, l'hydrocéphale *aiguë* et l'hy-

drocéphale *suraiguë* ou *apoplexie séreuse.* Enfin on a vu quelquefois la sérosité infiltrer le cerveau lui-même, on désigne cette lésion sous le nom d'*œdème cérébral.* Nous ne dirons rien ici de cette lésion, qui est excessivement rare, et dont M. Etoc a voulu faire le caractère anatomique constant de la stupidité ; mais nous en parlerons en traitant de l'aliénation mentale.

DE L'HYDROCÉPHALE AIGUE.

Historique. — L'hydrocéphale aiguë, entrevue en 1701 par Duverney jeune, signalée en 1732 et 1733 en Angleterre, fut quelques années après décrite comme une affection distincte par Rob. Whytt. Depuis lors, la maladie fut l'objet de recherches nombreuses en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, en France et aux États-Unis. Signalée d'abord comme une forme d'hydropisie de l'arachnoïde et des ventricules, décrite comme maladie essentielle et indépendante de toute lésion organique, on regarda pendant longtemps l'épanchement séreux comme constituant le seul caractère anatomique de la maladie, et comme expliquant l'appareil de symptômes observés pendant la vie. Cependant, à mesure que l'anatomie pathologique a été faite avec plus de soin, on ne tarda pas à se convaincre que, dans la maladie qu'on décrivait sous le nom d'hydrocéphale aiguë, le cerveau et plus souvent encore les méninges étaient le siége à peu près constant de différentes lésions récentes, de nature inflammatoire, dont l'épanchement séreux n'était que la conséquence. Nonobstant cette découverte, quelques praticiens habiles, au nombre desquels il faut citer Dance, n'en persistèrent pas moins à considérer encore l'hydrocéphale aiguë comme une maladie distincte, différant de toutes les autres affections cérébrales par l'accumulation d'un liquide intracrânien regardé comme étant nécessaire au développement des principaux symptômes. Cependant une étude plus complète des faits a prouvé depuis, que cette dernière proposition n'était point exacte ; car on s'est assuré qu'il était impossible de rattacher spécialement à l'épanchement aucun des symptômes de la maladie ; que celle-ci était uniquement subordonnée à la nature et au siége des lésions des méninges et du cerveau, et que les troubles fonctionnels n'offraient aucune différence, qu'il y eût ou qu'il n'y eût pas d'épanchement séreux ou séro-purulent. De tout ce qui précède, nous concluons, avec MM. Blache et Guersant (1), que les auteurs ont arbitrairement appliqué deux ou même trois dénominations différentes à une seule et unique maladie, et que presque constamment aussi les épanchements séreux aigus dans le tissu sous-arachnoïdien, ou dans les ventricules, sont l'effet secondaire d'une méningite, ou d'une méningo-encéphalite simple ou tuberculeuse; ou bien d'un ramollissement simple ou compliqué de phlegmasie. (Voir les article *Méningite simple et tuberculeuse*, *Encéphalite* et *Ramollissement du cerveau.*) Est-ce à dire pourtant que l'hydrocépale aiguë, telle

(1) *Dictionn. de medecine*, t. XV, p. 502, art. *Hydrocéphale.*

qu'on la décrivait depuis Whytt comme hydropisie essentielle, n'existe pas? Je n'oserais l'affirmer; mais jusqu'à présent on ne cite aucun fait concluant, et si on veut en admettre l'existence, on doit plutôt invoquer l'analogie que les observations cliniques, qui ont jusqu'à ce jour fait défaut. Dans l'état actuel de la science, nous croyons donc qu'on ne doit admettre d'autre hydropisie essentielle des méninges et du cerveau que celle que nous allons faire connaître sous le nom d'*apoplexie séreuse*.

DE L'APOPLEXIE SÉREUSE.

Sous les noms d'*apoplexie séreuse*, d'*hydropisie cérébrale suraiguë*, ou d'*hydrorrhagie*, les médecins ont décrit une maladie caractérisée anatomiquement par l'exhalation d'une grande quantité de sérosité dans l'intérieur du crâne, produisant la perte subite et plus ou moins complète du sentiment, du mouvement et de l'intelligence. Cependant quelques auteurs modernes ont cru pouvoir nier l'existence de cette maladie. Ainsi Abercrombie, ayant observé des apoplexies mortelles, sans lésion cérébrale, ayant rencontré d'autre part des épanchements considérables dans le crâne sur des personnes qui n'avaient offert pendant la vie aucun symptôme apoplectique, en a conclu que les épanchements séreux qu'on rencontre parfois dans le cerveau d'individus qui sont morts avec des symptômes apoplectiques, ne sont pas la cause de ces accidents. Cependant il ne me paraît pas qu'on puisse tirer des faits précédents les conclusions qu'Abercrombie en a déduites. Si, en effet, dans quelques cas, on a trouvé une grande quantité de sérosité dans le crâne, bien que, pendant la vie, il n'ait existé aucun symptôme de compression cérébrale, cela tient probablement à ce que, l'exhalation s'étant faite peu à peu, le cerveau a pu pour ainsi dire s'habituer à sa présence. C'est ainsi que nous verrons bientôt, en parlant des hydrocéphales chroniques, que des épanchements de sérosité très considérables, mais lentement formés, ne déterminent aucun symptôme de compression, tandis qu'il n'en est plus de même lorsque, l'exhalation anormale du fluide séreux s'étant faite brusquement, le cerveau est soumis tout à coup à une forte pression; il en résulte alors, en effet, des accidents analogues à ceux que nous avons vus être produits par un épanchement sanguin dans la cavité arachnoïdienne. Ajoutons enfin que la sérosité qu'on trouve en certaine quantité dans le crâne de certains sujets qui n'ont présenté aucun symptôme d'apoplexie ne s'est formée souvent que peu d'instants avant la mort; elle est alors en rapport avec la longueur de l'agonie (Louis). Les faits de véritable apoplexie séreuse sont aujourd'hui incontestables; M. Magendie en a rencontré un grand nombre à la Salpêtrière; M. Martin-Solon en a publié un cas très curieux dans le 4e volume du *Journal hebdomadaire*, et je l'ai vue moi-même se déclarer plusieurs fois chez des hydropiques.

Anatomie pathologique. — Les circonvolutions sont souvent aplaties, le cerveau est ordinairement pâle, presque exsangue: en général, la cavité de l'arachnoïde ne contient point d'épanchement. Celui-ci existe exclusive-

ment dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ou dans la cavité des ventricules, quelquefois même dans ces deux points à la fois. Lorsque l'épanchement est considérable, l'arachnoïde est soulevée, le septum lucidum peut être déchiré, les ventricules latéraux sont alors confondus, et forment avec le troisième une cavité unique. La sérosité est généralement incolore; parfois elle est claire, limpide comme de l'eau de roche, et peu ou même point albumineuse, ainsi que Valsalva et Morgagni l'ont expérimenté. Sa quantité varie, elle peut n'être que de 62 grammes, d'autres fois elle s'élève à deux verres (Andral). D'ailleurs il est rare qu'on trouve à l'autopsie tout le liquide qui s'est épanché pendant la vie ; il résulte, en effet, des recherches encore inédites d'un médecin aussi honorable qu'il est habile, M. Nat. Guillot, que le cerveau est un organe très hygrométrique, et qui absorbe, après la mort, une grande partie des liquides épanchés. Lorsque le cerveau s'est ainsi imbibé de sérosité, il paraît plus humide, et, à mesure qu'on le coupe par tranches, on voit suinter des gouttelettes de sérosité. Ce liquide paraît avoir quelquefois opéré une sorte de macération sur certaines parties du cerveau ; c'est ainsi qu'on trouve parfois le septum, la voûte à trois piliers, et les parois des ventricules eux-mêmes ramollis et réduits en une sorte de pulpe blanchâtre. C'est là un phénomène purement cadavérique, que l'imbibition de la sérosité explique, sans avoir besoin d'invoquer, comme Morgagni l'a fait, une prétendue acrimonie du liquide. En somme, dans l'apoplexie séreuse, le liquide céphalo-rachidien existe en plus grande quantité, sans qu'il soit possible d'expliquer cette supersécrétion par aucune lésion matérielle saisissable des méninges et du cerveau.

Symptômes, marche. — L'apoplexie séreuse a deux modes d'invasion, l'un graduel, l'autre brusque. Dans le premier cas, les malades se plaignent d'une céphalalgie gravative ; ils ont de la somnolence ; les sens sont affaiblis, les facultés intellectuelles obtuses ; parfois il y a du délire. Ces symptômes s'aggravant, les individus tombent peu à peu dans un état comateux avec résolution générale et paralysie.

Lorsque l'apoplexie séreuse débute brusquement, les malades perdent tout à coup connaissance ; les quatre membres sont dans une résolution complète ; les pupilles sont larges, immobiles ; le pouls est lent, la sensibilité abolie ; la respiration est stertoreuse ; le visage est indifféremment pâle, rouge ou violacé. Enfin, après une durée qui varie entre quelques heures et plusieurs jours, les malades succombent ; d'autres reprennent peu à peu connaissance ; le mouvement et la sensibilité renaissent progressivement, et il suffit de quelques jours, et parfois même de vingt-quatre heures seulement, pour faire disparaître tous les symptômes de compression cérébrale. Ainsi, dans l'apoplexie séreuse, on notera, comme phénomènes remarquables : 1° un début brusque ; 2° la résolution complète de tous les membres ; 3° la cessation rapide des accidents, lorsque la maladie a une heureuse issue. On a dit que lorsque l'épanchement n'occupait qu'un seul des ventricules latéraux, il pouvait n'y avoir qu'une hémiplégie. La chose est possible ; mais jusqu'à présent il n'y a aucun fait

qui légitime cette opinion : l'observation de Morgagni, qu'on a invoquée en sa faveur, est loin d'être concluante.

Diagnostic. — Il n'existe aucun signe qui puisse faire distinguer une apoplexie séreuse d'une hémorrhagie ou d'une congestion cérébrale avec résolution complète de tous les membres. La pâleur de la face, la lenteur du pouls, l'état cachectique des sujets, que les anciens avaient signalés comme des caractères distinctifs des apoplexies séreuses, n'ont aucune valeur, puisque, d'une part, ils manquent souvent, et que, de l'autre, on les retrouve dans les apoplexies sanguines.

Pronostic. — Le pronostic est très grave, puisque la plupart des malades succombent.

Étiologie. — L'apoplexie séreuse affecte surtout les vieillards et les sujets faibles, débiles, épuisés par des maladies longues. Nous avons déjà dit qu'on l'observait quelquefois chez des sujets atteints d'anasarque ou d'ascite, lorsqu'une partie de la sérosité ayant été brusquement résorbée se trouvait ensuite portée, par une sorte de métastase, vers le cerveau. M. le docteur Lasserre, a publié dans la *Gazette médicale* de 1843, une série de faits prouvant que ces suffusions séreuses de l'encéphale ne sont pas très rares chez les nouvelles accouchées, qui sont affectées d'anasarque ou d'œdème des extrémités inférieures.

Traitement. — Les anciens avaient défendu de saigner dans tous les cas d'apoplexie séreuse : cependant il faudrait recourir aux émissions sanguines si le pouls avait de la force et de la dureté. L'épuisement des sujets ou l'extrême petitesse du pouls peuvent seuls contre-indiquer la saignée. Dans tous les cas, il faut tâcher de provoquer des flux artificiels ou d'augmenter certaines sécrétions : ainsi on insistera sur les purgatifs énergiques, tels que les drastiques; on administrera les boissons diurétiques, et l'on appliquera sur diverses parties du corps, spécialement à la nuque et aux membres inférieurs, de très larges vésicatoires.

DE L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

L'hydrocéphale chronique est souvent congénitale; d'autres fois elle ne se développe que postérieurement à la naissance.

Caractères anatomiques. — L'hydrocéphalie, surtout lorsqu'elle est congénitale ou qu'elle s'est développée avant l'ossification complète des sutures, s'accompagne d'une augmentation considérable dans le volume de la tête; celle-ci est également plus ou moins altérée dans sa forme. Ainsi la circonférence du crâne d'un fœtus à terme ou d'un enfant à la mamelle a pu s'élever à 40 ou 50 centimètres, elle avait même acquis 1 mètre 40 centimètres chez un enfant de seize mois, dont la pièce pathologique a été déposée dans le musée de Cruikshank, où elle a été vue par J. Frank. Ce volume énorme du crâne forme un contraste très remarquable avec la face, qui reste proportionnée au reste du corps. D'ailleurs l'ampliation du crâne se fait exclusivement aux dépens de la voûte, tandis que la base conserve à peu près ses dimensions normales. Le crâne est non seule-

ment augmenté de volume, mais il est encore plus ou moins déformé et irrégulier. Les os ont rarement leur degré d'épaisseur naturelle ; ils sont tantôt amincis, transparents, semblables à une feuille de papier (Breschet), tandis que d'autres fois leur épaisseur peut être double et triple de ce qu'elle est à l'état physiologique. Enfin, on trouve tantôt que de larges espaces membraneux séparent les os entre eux au niveau des sutures ; d'autres fois celles-ci sont complétement ossifiées. La tête, alors régulièrement conformée, a le volume qu'elle doit avoir, quelquefois elle est beaucoup plus petite ; mais dans ce dernier cas le cerveau est atrophié, parfois même il n'existe qu'à l'état rudimentaire, ou manque même tout à fait : toujours alors l'espace laissé vide dans le crâne est comblé par la sérosité. Breschet, qui a publié dans le *Journal de Magendie*, et dans le tome XV du *Dictionnaire de médecine*, de bons articles sur l'hydrocéphale, a rapporté plusieurs faits de ce genre. Dans la plupart des cas, la sérosité est accumulée dans les ventricules : ceux-ci peuvent être tellement distendus que les circonvolutions et les anfractuosités s'effacent ; le cerveau est alors réduit en une sorte de poche ou de kyste séreux ; sa structure est homogène, et il est presque toujours impossible de distinguer entre elles la substance médullaire et la substance grise. Cette altération n'est pas incompatible avec la vie, et même avec un certain degré d'intelligence. Après les ventricules, la sérosité s'épanche spécialement dans le tissu cellulaire de la pie-mère, puis dans la grande cavité de l'arachnoïde ; on l'a même vue, dit-on, s'amasser entre la dure-mère et les os du crâne, ou bien entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et jusque dans le ventricule du septum, ainsi que Breschet en a rapporté plusieurs exemples. La quantité de sérosité contenue dans le crâne est très variable : on l'a vue être de 4, 5, et 10 kilogram. ; le crâne que J. Frank a examiné dans le musée de Cruikshank avait renfermé 13 kilogr. 1/2 de liquide.

Avant de terminer, je dois dire un mot de ces collections séreuses qui sont pour quelques individus une sorte d'état physiologique. On les rencontre chez tous les sujets dont le cerveau subit, par suite des progrès de l'âge ou par l'effet d'une maladie, une atrophie, une diminution partielle ou générale de son volume. Les parois osseuses ne pouvant suivre alors le cerveau dans son retrait, il existerait dans le crâne un espace vide, si celui-ci n'était comblé aussitôt par une supersécrétion du fluide céphalo-rachidien : c'est un fait que les recherches de M. Magendie ont parfaitement établi.

Symptômes, *marche*. — Malgré l'assertion contraire de Feiler, on ne peut diagnostiquer l'hydrocéphalie chronique lorsque l'enfant est encore renfermé dans le sein maternel. Pendant le travail de l'accouchement, on reconnaîtra la maladie à une tumeur à large surface, de consistance variable dans les différents points de son étendue, peu convexe, recouvrant tout le détroit supérieur sans s'y engager : elle est tendue pendant les contractions utérines, molle et fluctuante dans leur intervalle ; enfin le doigt distingue des espaces membraneux parfois considérables, car ils peuvent

avoir l'étendue de la paume de la main. L'hydrocéphale portée à ce degré peut empêcher ou retarder l'accouchement, et devient la source d'indications spéciales qu'on trouvera exposées dans les livres d'obstétrique.

Les caractères de l'hydrocéphalie congéniale après la naissance varient. Nous avons vu que quelquefois la tête avait un très petit volume; elle est alors plus ou moins déformée : elle est ordinairement pointue et aplatie sur le front et sur chaque côté. La figure est sans expression; les membres sont grêles, sans force; la voix est faible; quelquefois la déglutition est difficile; les malades ont de la voracité, et nonobstant cela la nutrition est très languissante; enfin la plupart de ces malheureux meurent peu après leur naissance dans le coma ou les convulsions. On se rappelle que dans ce cas le cerveau manque en totalité ou en grande partie, c'est-à-dire qu'il y a monstruosité. Dans l'hydrocéphale chronique, on voit encore la tête conserver son volume naturel lorsque la maladie survient plusieurs années après la naissance, et à une époque où l'ossification des fontanelles est complète. Cependant quelquefois les sutures, quoique réunies, mais n'ayant pas encore acquis tout leur degré de solidité, cèdent à l'effort d'expansion du liquide intra-crânien : on voit alors une ou plusieurs sutures s'ouvrant de nouveau, les os présenter un écartement considérable; c'est ce qu'on a constaté plusieurs fois chez des enfants qui furent atteints d'hydrocéphale vers l'âge de huit à dix ans.

Les sujets devenus hydrocéphales plus ou moins longtemps après la naissance ne présentent pas toujours les mêmes phénomènes : la plupart sont tranquilles et hébétés; plus rarement ils sont grognons, maussades et turbulents; presque tous dorment longtemps et ont le sommeil très lourd. Quelques uns ont l'intelligence assez développée, et ils peuvent la conserver intacte jusqu'au dernier moment; mais néanmoins chez la plupart les facultés cérébrales sont obtuses, la parole est difficile, la perception lente; les sentiments affectueux sont nuls ou peu développés. Les malades jouissent rarement de l'intégrité de tous leurs sens : si l'ouïe et peut-être l'odorat et le goût sont rarement abolis ou pervertis, il n'en est pas de même de la vue, qui est fréquemment diminuée ou éteinte, et de la sensibilité tactile de la peau, qui est souvent moindre et quelquefois complétement abolie. Beaucoup de ces malades présentent du strabisme; quelques uns sont paralysés d'un ou de plusieurs membres. Cependant la plupart peuvent se soutenir sur leurs jambes; mais leur démarche est, en général, mal assurée : ils font souvent des chutes; beaucoup ont de la peine à tenir leur tête en équilibre : son poids l'entraîne, en effet, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Quelques uns ont de temps en temps des mouvements convulsifs, irréguliers ou épileptiformes. En exerçant avec la main une compression sur la tête, on peut quelquefois produire momentanément de l'assoupissement, de la paralysie ou des convulsions. Le plus souvent on distingue manifestement la fluctuation au niveau des fontanelles; l'auscultation du crâne ne donne que des résultats négatifs, quoi qu'en ait dit un médecin américain. La nutrition est presque toujours intacte; beaucoup sont voraces et pourtant digèrent bien. Cependant on voit géné-

ralement, à une époque plus ou moins éloignée, les sens, intacts au début, se pervertir, puis être abolis ; la sensibilité générale s'émousse et s'éteint ; les muscles cessent de se contracter, la déglutition est difficile, l'urine et les matières fécales s'échappent involontairement. Enfin, quoique l'appétit soit généralement conservé jusqu'à la fin, beaucoup d'enfants néanmoins finissent par tomber dans le marasme sans qu'il existe aucune lésion ou aucune diathèse qui en rende compte.

La mort est la terminaison constante de l'hydrocéphale congéniale ou même de celle qui survient peu après la naissance ; jusqu'à présent il ne paraît exister aucun cas bien authentique de guérison. Presque tous les hydrocéphales meurent jeunes ; la plupart succombent même dans les premières heures ou dans les premiers jours qui suivent la naissance. Les cas d'hydrocéphales qui ont vécu jusqu'à vingt, trente, quarante-huit, cinquante-quatre et même soixante-dix-neuf ans, sont excessivement rares, et ne peuvent détruire la règle générale. La mort arrive tantôt dans le coma, par les progrès de la paralysie, tantôt dans un accès convulsif; beaucoup de malades sont emportés par une maladie intercurrente. Si l'hydrocéphale est curable, chose fort douteuse pour nous, nous ignorons encore les changements qui surviennent alors consécutivement, soit dans le cerveau, soit dans le crâne. Un de nos plus anciens amis, dont nous déplorons la fin prématurée, Antoine Andral, croyait que l'hydrocéphale pouvait guérir. Suivant lui, si l'épanchement se résorbait après l'ossification des fontanelles, le crâne ne pouvant plus revenir sur lui-même pour s'appliquer sur le cerveau, les os devaient s'épaissir par leur face interne pour combler le vide. Mais cette opinion n'est qu'ingénieuse, et rien ne démontre encore qu'elle soit fondée.

Diagnostic. — Il semble d'abord qu'il n'est pas possible de confondre l'hydrocéphale avec aucune autre affection, en raison surtout de l'ampliation remarquable du crâne. Cependant celui-ci peut également se dilater par suite d'une hypertrophie du cerveau ; cette dernière maladie pourtant est rare, et elle diffère de l'hydrocéphale en ce que, contrairement à ce qu'on observe pour celle-ci, on voit le développement du crâne s'opérer lentement sans exciter presque aucun trouble fonctionnel ; puis des accidents aigus survenant tout à coup emportent le malade. Cependant ces caractères ne sont pas tellement constants qu'on doive en faire un élément certain de diagnostic ; ils ne peuvent guère, en effet, donner que des présomptions. Toutefois, l'hydrocéphale étant incomparablement plus fréquente que l'hypertrophie cérébrale, on devra toujours, dans les cas douteux, supposer plutôt l'existence de la première de ces affections que de la seconde. Le rachitisme qui atteint les os du crâne les épaissit et les déforme tellement qu'il peut faire croire à l'existence d'une hydrocéphale : il est même parfois assez difficile d'éviter l'erreur. Cependant, ainsi que l'observent MM. Rilliet et Barthez, dans le cas de rachitis, le développement de la tête n'est pas uniforme comme lorsqu'il existe une ampliation générale; on dirait alors que des bosses aplaties ont été surajoutées à la partie moyenne des os, et le doigt promené à la surface du crâne sent assez fa-

cilement l'endroit où l'os commence à s'épaissir : ajoutons encore que des signes de rachitisme se remarquent sur d'autres parties du squelette. Pour compléter le diagnostic, on devrait, après avoir reconnu l'existence d'une hydrocéphale, déterminer la cause qui l'a produite ; mais la chose nous paraît être à peu près impossible dans l'état actuel de la science.

Pronostic. — Le pronostic est dans tous les cas excessivement fâcheux ; la mort est, en effet, à peu près inévitable. Je dis à peu près, car on cite quelques cas de guérison ; mais ces exemples sont-ils bien authentiques ?

Étiologie. — On ne sait rien sur les causes des hydrocéphales chroniques. Il est donc inutile de répéter ce qu'on a avancé sur ce sujet. D'après ce que j'ai dit à l'anatomie pathologique, on voit que l'accumulation de sérosité dans le crâne tient fréquemment à l'imperfection du cerveau ou à l'absence de quelques unes de ses parties. D'autres fois, l'hydropisie existe avec le développement régulier de l'organe : il semble alors qu'il n'y a eu qu'exagération de la sécrétion du fluide céphalo-rachidien ; mais il est impossible de saisir sous quelle influence cette supersécrétion s'est faite. Elle tient souvent à une disposition organique inconnue qui peut se révéler dès le second mois de la gestation, ainsi que Osiander l'a vu, et se reproduire chez la femme pendant plusieurs grossesses successives ; c'est ainsi que J. Frank a vu une juive qui, devenue mère huit fois, mit au monde sept enfants hydrocéphales. Assez fréquemment pourtant l'hydrocéphale se lie à l'existence de quelque lésion accidentelle du cerveau ou des méninges, tels que tubercules, tumeurs fibreuses, kystes apoplectiques, etc. Il n'est pas toujours aisé de dire comment ces lésions agissent pour déterminer la suffusion séreuse : cependant, dans quelques cas, celle-ci a pu être expliquée par la gêne de la circulation, par la compression que les tumeurs exercent sur les sinus, sur les veines cérébrales, surtout sur celles de Galien, qui sont les veines ventriculaires. M. Barrier a cité, à ce sujet, dans le tome II de son *Traité des maladies de l'enfance*, deux observations curieuses ; plusieurs autres ont été rapportées par M. Magendie dans ses *Recherches sur le liquide céphalo-rachidien.* Ce médecin a vu, en effet, des collections assez considérables de liquide avoir lieu dans le crâne, au-dessous de l'arachnoïde, consécutivement à la compression qu'une tumeur exerçait sur le quatrième ventricule, sur l'aqueduc de Sylvius, sur les veines de Galien, etc. Cependant, tout en admettant ces faits, nous sommes loin de croire, avec MM. Rilliet et Barthez, que le plus grand nombre des hydrocéphales soient l'effet de la compression des veines intra-crâniennes ; nous pensons, au contraire, que cette cause est fort rare ; du moins on ne la constate qu'exceptionnellement.

Traitement. — Des remèdes très nombreux ont été proposés contre l'hydrocéphale, et toujours sans succès ; c'est ainsi qu'on a préconisé les bains et les frictions aromatiques, la térébenthine, les mercuriaux, les exutoires. Enfin, on a proposé d'évacuer le liquide peu à peu ou tout à coup. Cette opération, faite par les praticiens les plus habiles, tentée plusieurs fois en France par Dupuytren et Breschet, a toujours échoué

chez nous. On cite pourtant quelques cas de guérison définitive, observés surtout en Angleterre et en Prusse. Quoiqu'on ne doive accepter ces faits qu'avec réserve, nous les croyons néanmoins suffisants pour autoriser un médecin à recourir à la ponction des hydrocéphales ; car c'est encore là le seul traitement qui puisse laisser quelque chance de salut dans une maladie qui, abandonnée aux seules ressources de la nature, doit tôt ou tard entraîner la mort du sujet.

DE L'HYDRORACHIS.

Sous le nom d'*hydrorachis* on doit comprendre toutes les accumulations d'eau dans le canal rachidien. L'hydrorachis est donc pour celui-ci ce que l'hydrocéphale est pour le crâne. On doit distinguer deux sortes d'hydrorachis, suivant que la maladie est simple ou qu'elle s'accompagne d'un vice de conformation par arrêt de développement, consistant dans l'écartement ou l'absence d'une ou plusieurs des lames vertébrales. Cette dernière forme a reçu le nom spécial de *spina bifida.*

L'hydrorachis simple est une affection sur laquelle nous ne possédons encore aucune donnée précise. Nous savons que sous l'influence d'une agonie longue on peut trouver dans le canal vertébral, comme dans le crâne, une plus grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Il est également reconnu que, dans certaines atrophies de la moelle, le même liquide comble le vide que laisse dans le rachis le retrait de la substance nerveuse : mais là se bornent à peu près nos connaissances. On a pourtant supposé qu'il pouvait y avoir une apoplexie séreuse pour la moelle comme il en existe une pour le cerveau. On a également attribué à la présence d'une plus grande quantité de liquide dans le rachis certaines faiblesses des jambes, certaines paraplégies qui offriraient ceci de remarquable, que les accidents s'aggraveraient dans la station et dans la position assise, c'est-à-dire lorsque le liquide est accumulé sur un point en couche épaisse, tandis qu'ils diminueraient dans la position horizontale, en raison de la dissémination de la sérosité sur une plus grande surface. Ce sont là certainement des idées fort rationnelles, mais je crois qu'elles ont été émises plutôt *à priori* que d'après l'observation clinique. Dans l'état actuel de la science, l'histoire de l'hydrorachis simple est encore tout entière à tracer. Nous n'avons de données positives que sur celle qui se complique de *spina bifida.*

DE L'HYDRORACHIS AVEC SPINA BIFIDA.

Le *spina bifida* est une maladie congénitale, caractérisée par une ou plusieurs tumeurs séreuses, fluctuantes, situées le long du rachis, communiquant avec les membranes de la moelle, qui font hernie au dehors, à cause de l'absence ou de l'écartement des lames des vertèbres correspondantes.

Anatomie pathologique. — La tumeur de l'hydrorachis se remarque

communément à la région lombaire, très rarement à la région cervicale : elle est généralement arrondie ; sa base est large ou pédiculée ; son volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une tête d'adulte. La peau est généralement intacte à ce niveau ; mais si la tumeur est très volumineuse, les téguments sont alors amincis, violacés, rougeâtres. Lorsque la tumeur s'est rompue pendant la vie intra-utérine, on la trouve affaissée ; à son centre existe une cicatrice froncée et adhérente aux parties subjacentes. En général, il n'y a qu'une tumeur : s'il en existe deux ou trois, on peut, en comprimant l'une d'elles, faire tuméfier les autres. En les ouvrant, on constate que le canal rachidien manque de paroi osseuse en arrière, soit par suite de l'absence réelle des arcs latéraux d'une ou plusieurs vertèbres, soit plus souvent encore à cause de leur simple écartement. Le liquide qui s'en échappe est séreux ; sa quantité peut être d'une ou plusieurs livres. Il occupe le plus souvent d'une manière presque exclusive l'espace sous-arachnoïdien ; mais quelquefois, et la chose est incontestable, on en trouve à peine dans ce point, tandis que l'accumulation a manifestement lieu dans la cavité même de l'arachnoïde. Il est permis de croire que, dans ce cas, il y a eu, à une certaine époque de la maladie, rupture par distension du feuillet viscéral de l'arachnoïde. La moelle est tantôt intacte, tantôt en partie détruite, ramollie ou atrophiée, libre ou adhérente aux parois de la tumeur. Il est plus commun de voir celles-ci adhérer intimement et se confondre avec les nerfs qui forment la queue de cheval. L'hydrorachis coexiste quelquefois avec une hydrocéphale.

Symptômes, marche. — Pour compléter ce que je viens de dire des caractères de la tumeur, j'ajouterai que celle-ci est parfois plus ou moins transparente ; elle devient plus tendue, plus rénitente par la position verticale, et quelquefois aussi lorsque l'enfant crie ; mais plus souvent on la voit se gonfler pendant l'expiration, et s'affaisser pendant l'inspiration ; enfin, on y a parfois noté des mouvements isochrones à ceux du pouls (Cruveilhier). Le double mouvement qu'on remarque dans la tumeur pendant la respiration s'explique, ainsi que l'a fort bien établi M. Longet dans son remarquable ouvrage sur le système nerveux, par la disposition différente des sinus de la dure-mère et des plexus veineux intra-rachidiens. Les premiers, placés entre deux feuillets fibreux, sont incompressibles, et ne varient point dans les mouvements respiratoires ; les seconds, au contraire, ont des parois libres, et sont par conséquent soumis à des alternatives de dilatation et de resserrement, comme toutes les veines du corps. Or, le sang veineux affluant de toutes parts vers la poitrine pendant l'acte de l'inspiration, il se fait donc alors un vide dans le canal rachidien ; ce vide est immédiatement comblé par le liquide cérébral, qui est pour ainsi dire aspiré dans la cavité rachidienne. Réciproquement, lors de l'expiration, les veines intra-rachidiennes se gonflant, se distendant, le liquide obéit à cette compression et reflue vers l'encéphale. La pression fait souvent disparaître la tumeur complétement, sans qu'ordinairement il en résulte aucun accident ; d'autres fois la motilité et la sensibilité sont diminuées ou éteintes dans les membres inférieurs. Enfin, si l'hydrorachis s'accompagne

d'hydrocéphale, on peut, en comprimant la tumeur spinale, faire refluer la sérosité jusque dans le crâne, et l'on voit alors le coma ou des convulsions survenir.

La plupart des enfants atteints d'hydrorachis succombent peu après la naissance. La mort est communément d'autant plus prompte que la tumeur est située plus haut. Si la vie se prolonge un peu, les enfants restent faibles; la plupart sont paraplégiques; la tumeur, grossissant, finit enfin par s'ulcérer et par se vider à l'extérieur; le liquide alors se trouble, il devient fétide, purulent, parce que l'arachnoïde s'enflamme; la mort est la conséquence nécessaire de cette complication. On cite pourtant un cas où l'ouverture spontanée de la tumeur fut suivie de guérison (Terris), et plusieurs autres où, malgré un suintement permanent par l'ouverture restée fistuleuse, l'existence se prolongea pendant vingt, vingt-neuf et même trente ans : il est permis de se demander avec Ollivier (d'Angers) s'il existait réellement dans ces cas une hydrorachis. Beaucoup des enfants dont je parle succombent à une maladie intercurrente.

Étiologie. — L'hydrorachis est une maladie qui n'est pas très rare : c'est le vice de conformation que Chaussier a trouvé le plus fréquemment après le pied-bot; il l'a rencontré trente-deux fois sur les 22,293 enfants nés ou déposés à la Maternité. Les causes de l'affection sont aussi inconnues que celles de l'hydrocéphale chronique. M. Cruveilhier a pensé que la cause occasionnelle du *spina bifida* était une adhérence morbide de la moelle et de ses membranes avec les téguments, adhérence antérieure à la cartilaginification des vertèbres. Cette explication est acceptable lorsque la moelle ou bien les nerfs de la queue de cheval adhèrent avec la tumeur; mais on sait que cette disposition n'existe pas dans le plus grand nombre des cas.

Traitement. — Parmi les nombreux moyens qui ont été proposés pour la cure radicale de l'hydrorachis, trois surtout méritent de fixer notre attention; ce sont : la compression, les ponctions et l'excision. La compressioin, qu'on peut exercer avec un bandage concave analogue au brayer adopté pour maintenir cetaines hernies, a produit plusieurs fois des guérisons radicales; le plus souvent elle n'a été qu'un moyen palliatif qui a maintenu la tumeur seulement réduite. La compression sera tentée avec avantage toutes les fois que la tumeur est peu volumineuse, et lorsque l'ouverture qui la fait communiquer avec le rachis n'est pas très large. Les ponctions répétées de la tumeur, employées seules ou combinées avec la compression, suivant la méthode d'Ast. Cooper, ont déjà amené la guérison complète de plusieurs cas d'hydrorachis. Cependant les revers sont infiniment plus nombreux que les succès. Ces ponctions ont, en effet, l'inconvénient d'enflammer souvent les membranes, et de plus, on est très exposé à blesser la moelle et les nerfs, qui, comme nous l'avons dit, sont souvent adhérents à la paroi cutanée de la tumeur. En 1841, M. Dubourg, médecin à Marmande, publia dans la *Gazette médicale* deux cas de guérison de *spina bifida* opérée par l'ablation de la tumeur et par la réunion de la plaie au moyen de la suture entortillée. M. Dubourg dit qu'on

peut recourir à sa méthode toutes les fois que l'ouverture de communication avec le rachis ne dépasse pas 3 centimètres de diamètre. Dans les cas malheureux où la tumeur abandonnée à elle-même s'ouvre spontanément, il faut, à l'aide de la compression, empêcher que l'air pénètre le moins possible dans le foyer, il importe aussi de préserver la tumeur des frottements et de toutes les causes d'irritation qui pourraient enflammer et ulcérer la peau.

DE L'OEDÈME DES POUMONS.

Je définis, avec Laënnec, l'*œdème des poumons*, une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire, portée à un degré tel que l'organe devient notablement moins perméable à l'air.

Historique. — Cette lésion, quoique très fréquente, n'a guère fixé l'attention des médecins que vers le milieu du siècle dernier; toutefois ce fut Laënnec qui, le premier, en précisa bien les caractères anatomiques et indiqua les signes propres à la faire reconnaître.

Caractères anatomiques. — L'œdème envahit rarement tout un poumon : il est borné, le plus souvent, à son lobe inférieur; les parties de l'organe ainsi infiltrées ont à l'extérieur une teinte d'un gris pâle ou d'un jaune fauve pâle. Le poumon, plus dense, plus lourd, moins crépitant, moins élastique, ne s'affaisse pas quand on le presse; il conserve l'impression du doigt, comme cela arrive pour l'œdème sous-cutané. Lorsqu'on incise l'organe, il en ruisselle une quantité variable de sérosité, plus ou moins incolore et peu spumeuse. Cette partie du poumon paraît contenir moins de sang que de coutume; le tissu de l'organe est cohérent : cependant il paraît parfois plus friable, ce qui tient à une sorte de macération opérée par le fluide épanché. Mais il suffit le plus souvent d'exprimer le poumon de la sérosité qui le pénètre pour lui rendre à peu près sa consistance normale. On reconnaît d'ailleurs facilement encore la structure celluleuse propre à l'organe. Il est rare de rencontrer au centre des parties œdémateuses des noyaux apoplectiques ou d'hépatisation. Laënnec pense que, dans l'œdème pulmonaire, une partie de la sérosité est épanchée dans les cellules, et que l'autre infiltre leurs parois; mais ce dernier fait est loin d'être encore prouvé. L'inspection anatomique porte plutôt à penser que la plus grande partie de la sérosité infiltre le tissu cellulaire qui sépare les vésicules entre elles. L'œdème des poumons gagne quelquefois aussi les anciennes adhérences de la plèvre, qui, en raison de leur laxité, offrent souvent un aspect gélatineux; cette même apparence peut se rencontrer pour le poumon lui-même, lorsque l'œdème envahit le bord tranchant de l'organe et que la quantité de sérosité épanchée est très considérable.

Symptômes. — L'œdème des poumons n'a que des signes fort équivoques. Il n'existe communément ni douleurs ni gêne bien notable dans la respiration. Laënnec signale pourtant un peu de dyspnée, de la toux, une expectoration aqueuse, le rejet d'une pituite incolore, très aérée, et

semblable à une légère solution albumineuse. Cependant ces signes n'ont aucune valeur; car ils sont communs à plusieurs autres maladies, et manquent d'ailleurs fort souvent dans l'œdème. Lorsque l'infiltration des poumons est considérable, la percussion de la poitrine faite à ce niveau peut donner un son obscur. L'auscultation fera également découvrir dans le même point une diminution dans l'intensité du murmure respiratoire; on entendra de plus un râle sous-crépitant dont les bulles sont humides et plus ou moins nombreuses. La plupart des médecins attribuent trop de valeur à ce râle sous-crépitant, qui existe communément à la partie postérieure et inférieure de l'un et de l'autre poumon : il ne saurait, en effet, jamais caractériser l'œdème ; il ne peut signifier autre chose, si ce n'est qu'un fluide plus ou moins visqueux est épanché dans les cellules pulmonaires; mais cette exhalation peut dépendre aussi bien de l'œdème que d'une bronchite capillaire, et même d'une pneumonie. Cependant, lorsque les phénomènes morbides fournis par la percussion et par l'auscultation existent dans les parties les plus déclives des deux poumons, lorsqu'ils persistent pendant longtemps dans le même point, il sera rationnel de supposer l'existence d'un œdème pulmonaire. Toutefois on ne pourra avoir à ce sujet aucune certitude. On conçoit enfin que lorsque l'œdème est considérable, lorsque, par exemple, l'infiltration séreuse est telle que le poumon offre un aspect gélatiniforme, la percussion doit fournir une matité plus ou moins complète et le murmure vésiculaire doit cesser; mais il ne paraît pas qu'on entende ni souffle bronchique ni bronchophonie. L'œdème ne s'accompagne pas de fièvre; il a une marche généralement longue et à peu près indéterminée. Cependant M. Andral admet une forme d'œdème pulmonaire dont le début serait brusque, et qui acquerrait rapidement une assez grande intensité pour amener la mort au milieu d'un état de suffocation comparable à celui que l'œdème de la glotte détermine. Dans d'autres cas, la marche de la maladie serait moins rapide; puisque l'œdème pourrait se prolonger pendant plusieurs jours, mais la mort surviendrait encore au milieu du même appareil de symptômes que précédemment. Je suis bien loin de nier la possibilité de pareils accidents lorsque l'œdème se développe rapidement, et qu'il envahit la plus grande partie des poumons; mais je n'ai encore observé aucun fait de ce genre, et je n'ai pu en trouver aucune relation authentique dans les auteurs : aussi l'existence d'un œdème idiopathique et aigu dans sa marche ne me paraît pas être encore démontrée.

Diagnostic. — L'absence de point de côté, de fièvre, de crachats rouillés, la persistance du râle sous-crépitant dans le même point sans qu'il y soit remplacé par le souffle tubaire, empêcheront toujours de confondre le premier degré de la pneumonie avec l'œdème. Celui-ci, au contraire, diffère à peine par ses symptômes et par sa marche de la congestion passive, avec laquelle d'ailleurs il coexiste très souvent. Si l'œdème était assez intense pour obscurcir le son et rendre le bruit respiratoire presque nul, il serait difficile de le distinguer d'un épanchement pleurétique léger et circonscrit. Cependant l'impossibilité de faire changer par la position les résultats de

percussion et d'auscultation rendra plus probable l'existence d'un œdème pulmonaire. Le râle sous-crépitant confirmera ce diagnostic sans le rendre néanmoins certain, car on a vu ce râle se produire quelquefois dans des cas d'infiltration séreuse des fausses membranes celluleuses de la plèvre sans œdème du poumon. Un des faits les plus curieux qu'on connaisse et qui offre toutes les garanties possibles d'exactitude a été observé par le professeur Walsh, de Londres, et publié dans un petit mais excellent livre, dans lequel cet habile médecin a résumé avec clarté tout ce qui a rapport au diagnostic des maladies des poumons (*The physical diagnosis of diseases of the lungs*, London, 1843).

Pronostic. — Si la forme aiguë de l'œdème existait, son pronostic serait très grave. Quant à la forme chronique, il ne m'a pas paru qu'elle rapprochât notablement le terme fatal des maladies dans le cours desquelles elle survient.

Étiologie. — L'œdème des poumons est une affection rarement primitive; elle se déclare presque toujours consécutivement à divers états morbides. Les vieillards, les sujets affaiblis, les convalescents en sont souvent atteints. L'infiltration séreuse des poumons reconnaît d'ailleurs les mêmes causes que les autres hydropisies, qu'elle précède souvent et qu'elle accompagne presque toujours. L'œdème des poumons est surtout une complication presque constante des maladies organiques du cœur. Laënnec avait prétendu que presque toutes les pneumonies en résolution s'accompagnaient d'œdème pendant un temps plus ou moins long; mais j'ai prouvé dans mon *Traité pratique de la pneumonie* que cette opinion n'était nullement démontrée.

Traitement. — L'œdème pulmonaire étant presque toujours symptomatique, son traitement est subordonné à l'affection qu'il vient compliquer. Ainsi, existe-t-il en même temps qu'une affection organique du cœur, une saignée pratiquée peut le diminuer ou le faire cesser en atténuant la gêne de la circulation et de la respiration. Le sujet est-il faible, anémique, les ferrugineux, les toniques, les analeptiques seront indiqués. Dans tous les cas, dans ceux surtout où il n'existe aucune indication prédominante, on devra insister sur les purgatifs, sur les diurétiques et sur les révulsifs cutanés. Si les malades sont contraints de garder le lit habituellement, on variera souvent leur position, afin d'empêcher la formation de congestions passives qui auraient pour effet nécessaire de produire ou d'augmenter l'infiltration séreuse.

DE L'HYDROTHORAX OU DE L'HYDROPISIE DES PLÈVRES.

L'*hydrothorax* est caractérisé par une accumulation de sérosité dans une des plèvres ou dans les deux à la fois. C'est à tort que quelques auteurs ont confondu sous cette dénomination presque tous les épanchements des plèvres, ceux qui sont séreux comme ceux qui sont purulents. Il importe bien, pour le pronostic comme pour le traitement, de ne pas commettre une pareille confusion. L'hydrothorax, tel que nous l'avons défini, est la

maladie vulgairement appelée *hydropisie de poitrine* ; elle est très fréquente, mais elle n'est peut-être jamais primitive ou idiopathique : dans presque tous les cas, en effet, sinon dans tous, elle est symptomatique de quelque affection préexistante. Un épanchement plus ou moins considérable de sérosité, variant de 60 à 100 grammes, se rencontre dans les plèvres à l'ouverture de plus du tiers des cadavres. Ces accumulations, à peu près constantes sur les individus qui succombent à une maladie du cœur, et surtout à une maladie de Bright, manquent plus souvent chez les phthisiques, chez lesquels M. Louis ne les a remarqués que chez la dixième partie des sujets. Cette différence tient à ce que, chez les tuberculeux, il existe communément des adhérences plus ou moins étendues et souvent générales entre les poumons et les plèvres, disposition qui, comme on le conçoit, empêche l'épanchement de se produire. La plupart de ces collections séreuses se forment pendant l'agonie, et sont alors l'effet du trouble profond que la respiration et la circulation éprouvent dans les derniers instants de la vie : les épanchements pleuraux qui surviennent dans ces conditions dépassent rarement 120 grammes. Lorsqu'au contraire l'hydrothorax est symptomatique d'une maladie organique du cœur, d'une maladie de Bright, et de toutes les lésions des solides et des liquides qui peuvent produire la diathèse séreuse, on voit l'épanchement se déclarer à une époque plus ou moins éloignée de la mort ; il se révèle alors par des signes spéciaux, et constitue une complication plus ou moins grave qui peut accélérer le terme fatal. En résumé, je crois que l'hydrothorax ne survient guère que comme affection secondaire ou consécutive ; on peut presque toujours en trouver la cause dans une gêne de la circulation cardiaque ou pulmonaire, ou dans une altération du sang. Je suis donc porté à contester l'existence de l'hydrothorax idiopathique ; aucun fait authentique n'en a du moins encore démontré la possibilité ; tous ceux qu'on cite comme tels ne sont autre chose que des pleurésies aiguës ou chroniques, maladies qu'il n'est plus permis aujourd'hui de confondre avec les épanchements simplement séreux des plèvres.

Symptômes, *marche*, *diagnostic*, *pronostic*. — L'hydrothorax ne détermine jamais de douleur ni de fièvre. S'il est considérable, ou s'il occupe les deux plèvres à la fois, il produit de la dyspnée, de l'oppression ; on constate en outre tous les signes physiques caractérisant les épanchements pleurétiques (voir *Pleurésie*). Ainsi, dans les points où la collection séreuse existe, il y a matité, absence de respiration, quelquefois souffle tubaire, égophonie : ce dernier phénomène éprouve les mêmes alternatives que lorsqu'il se rattache à l'existence d'un épanchement inflammatoire. Dans l'hydrothorax, il est plus facile de faire varier les phénomènes de percussion et d'auscultation, d'après les positions qu'on donne au malade, que dans les cas de pleurésie, parce que dans les premiers il ne se forme pas d'adhérence au pourtour de l'épanchement : cependant celui-ci pourrait être à la rigueur circonscrit par des brides dont la formation remonterait à une époque éloignée. Il est inutile de dire que, lorsqu'un côté de la poitrine est rempli en totalité ou presque entièrement, on ne modifie jamais

par les différentes inclinaisons du tronc les résultats d'auscultation et de percussion. Il est rare que dans l'hydrothorax la matité occupe plus des deux tiers de la poitrine ; et l'épanchement est rarement assez considérable pour dilater sensiblement cette cavité. En ayant égard à toutes ces différences, et surtout aux antécédents, aux maladies concomitantes, aux symptômes généraux, à l'absence de fièvre et de douleur, on pourra distinguer l'hydrothorax de la pleurésie, soit aiguë, soit chronique.

La marche de l'hydrothorax est subordonnée à la marche même de la maladie dont il est le symptôme. Il est très commun aussi d'observer du jour au lendemain une augmentation ou une diminution considérable de l'épanchement, quoique souvent il ne soit survenu du côté de la maladie principale aucun phénomène qui explique ces changements.

L'hydrothorax est toujours une complication fâcheuse qui augmente les souffrances des malades en produisant de la gêne dans la respiration, ou en l'augmentant lorsque déjà elle existe. Enfin, si l'hydrothorax se faisait rapidement et dans les deux côtés du thorax à la fois, il pourrait déterminer la mort ou l'accélérer beaucoup.

Traitement. — On insistera sur l'usage des purgatifs et des diurétiques, lorsque rien ne s'oppose à leur emploi; on promènera les vésicatoires sur la poitrine ; enfin, si l'épanchement était trop considérable et s'il menaçait de produire l'asphyxie, il faudrait l'évacuer à l'aide d'une simple ponction faite avec un trois-quarts, comme pour l'opération de la paracentèse. Si l'hydrothorax n'était pas le plus souvent symptomatique d'une maladie incurable, on devrait espérer de meilleurs résultats de la thoracentèse faite pour cette maladie que dans le cas de pleurésie chronique, et cela en raison de l'intégrité de la plèvre, et parce que le poumon, n'étant point bridé par de fausses membranes, se laisse dilater plus facilement par l'air. Quoi qu'il en soit, on devra évacuer le liquide toutes les fois que, par son accumulation trop grande, il détermine des accidents de suffocation, ou lorsque sa résorption tarde trop à se faire. Des faits assez nombreux, dont un grand nombre ont été analysés dans le tome V du *Compendium de médecine*, démontrent que la thoracentèse peut être un moyen curatif. C'est donc une ressource qu'il ne faut pas négliger, et il convient de revenir des préventions que la généralité des médecins a encore contre cette opération, qui est, il est vrai, presque toujours inutile, mais qui jamais n'est dangereuse.

DE L'HYDROPÉRICARDE.

Chez la plupart des individus qui succombent à une maladie aiguë ou chronique, on trouve dans le péricarde une, deux ou trois cuillerées à bouche de sérosité citrine ou légèrement sanguinolente, épanchement qui, comme celui des plèvres, paraît s'effectuer pendant l'agonie, et reconnaît les mêmes causes que ce dernier. Lorsque l'épanchement du péricarde dépasse 125 grammes, il ne nous semble plus devoir être considéré comme cadavérique : c'est donc là le terme qu'il me paraît convenable de fixer pour marquer le point où commence l'hydropéricarde.

La plupart des auteurs divisent l'hydropéricarde en idiopathique ou essentielle et en symptomatique ; mais nous ne pouvons que répéter ici ce que nous disions tout à l'heure de l'hydrothorax, savoir, que ces épanchements sont toujours symptomatiques d'une des nombreuses affections qui produisent les autres espèces d'hydropisies. On retrouve surtout l'épanchement séreux du péricarde dans le cours de la maladie de Bright, puisqu'on l'observe alors dans le quart des cas ; il se montre aussi presque toujours consécutivement aux épanchements séreux du péritoine, de la plèvre et du tissu cellulaire.

Il n'existe encore dans la science aucun fait authentique qui démontre qu'une hydropéricarde se soit jamais développée primitivement par suite d'une supersécrétion active de la séreuse. Dans les cas qu'on a rapportés comme tels, il a existé manifestement une péricardite plus ou moins étendue : le péricarde contenait donc alors, outre la sérosité, une plus ou moins grande quantité de flocons albumineux, tels qu'on en trouve dans l'inflammation de toutes les membranes séreuses.

Caractères anatomiques. — La sérosité, citrine ou sanguinolente varie pour la quantité ; ainsi parfois il n'y a d'épanché que 125 à 150 grammes, tandis que d'autres fois on peut en trouver jusqu'à 4 kilogrammes, ainsi que Corvisart l'a observé une fois. Lorsque l'épanchement est aussi considérable que je dis, le péricarde est nécessairement distendu, le cœur est refoulé en arrière : son tissu est parfois plus pâle, et le péricarde offre aussi dans quelques cas une couleur lactescente ou d'un blanc mat. Enfin les poumons, le diaphragme, l'estomac, le foie et la rate sont déplacés ou refoulés, comme nous l'avons vu dans certaines péricardites chroniques avec épanchement considérable.

Symptômes. — Les signes locaux de l'hydropéricarde sont les mêmes que ceux de la péricardite aiguë ou chronique avec épanchement considérable. Comme pour celle-ci, il existe une voussure de la région précordiale, une matité s'étendant sur une surface plus ou moins large, et pouvant varier plus ou moins dans un sens ou dans un autre, suivant les positions qu'on donne au malade. A l'auscultation, les bruits du cœur sont obscurs, lointains, parfois même on ne les perçoit plus. Corvisart a dit qu'on pouvait d'un moment à l'autre sentir les battements de l'organe tantôt à droite, tantôt à gauche, ce qui s'expliquerait parce que le péricarde, dilaté par le liquide, permettrait au cœur de nager, pour ainsi dire, et de se déplacer de la sorte assez facilement. Ce signe, observé par Corvisart, ne paraît pas avoir été vérifié par beaucoup de médecins ; cependant il est mentionné par Hope, par M. Pigeaux, et surtout par le docteur Requin, qui l'a constaté une seule fois. Enfin, dans ces hydropéricardes très volumineuses, on pourrait parfois, à l'exemple de Sénac, voir un mouvement d'ondulation produit par le flot du liquide dans l'intervalle des troisième, quatrième et cinquième côtes. On pourrait aussi sentir manifestement dans ce point de la fluctuation, ainsi que Corvisart l'a expérimenté une seule fois ; mais personne autre, jusqu'à présent, n'a retrouvé ces mêmes phénomènes. Disons pourtant que, si jamais on les constatait de nouveau, ils seraient

tout à fait caractéristiques d'un épanchement abondant dans le péricarde.

Dans l'hydropéricarde, il n'y a point de douleur, mais seulement un sentiment de pesanteur et d'oppression, et parfois de l'orthopnée ; la face est violacée, le pouls est petit, fréquent, et si l'œdème des extrémités inférieures n'existe déjà par le fait d'une maladie antérieure, il peut se développer sous l'influence de l'épanchement du péricarde. Pour que ces phénomènes aient lieu, il faut pourtant que la sérosité épanchée soit très considérable ; car, si elle n'était qu'en quantité médiocre, les fonctions du cœur ne seraient point ou à peine troublées, ce qu'il faut attribuer à ce que l'épanchement s'est produit lentement. Dans les cas, au contraire, où celui-ci se fait rapidement, il peut, même en étant en petite quantité, produire un grand désordre dans les contractions cardiaques. De même que nous l'avons vu pour l'hydrothorax, l'hydropéricarde peut rester quelque temps stationnaire, ou bien augmenter ou diminuer en peu de temps. Sa durée est indéterminée.

Les signes précédemment indiqués feront découvrir la présence du liquide dans le péricarde, même lorsque cet épanchement est médiocre ; car nous n'admettons pas, avec Laënnec, que les moyens physiques d'exploration dont nous disposons ne nous permettent de reconnaître que les hydropéricardes très considérables, c'est-à-dire celles dans lesquelles il y a au moins 500 grammes de sérosité. Pour déterminer quelle est la cause de l'affection, il faudra avoir égard aux antécédents, à la marche de la maladie et aux affections concomitantes.

La gravité du pronostic sera proportionnée à l'abondance de l'épanchement : cependant on ne peut encore rien établir de précis à ce sujet.

Traitement. — Je ne dirai rien des moyens généraux qui conviennent à tous les cas d'hydropisie, et qui par conséquent sont applicables à l'hydropéricarde. Depuis Sénac, les auteurs ont proposé de donner issue, à l'aide d'une opération chirurgicale, au liquide épanché. Les uns ont conseillé la simple ponction (Sénac), d'autres l'incision entre les cartilages de la sixième et de la septième côte (Desault), ou bien l'incision après avoir préalablement trépané le sternum (Laënnec) ; enfin, on a même proposé, après avoir vidé complétement la sérosité, d'injecter à sa place un liquide irritant, afin de provoquer, comme dans les hydrocèles, une inflammation adhésive. Mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur de ces divers modes de traitement. Quant à l'idée de pousser dans le péricarde une injection irritante, c'est une pratique que les hommes les plus éminents recommandent ; mais il lui manque encore la sanction de l'expérience. Dans tous les cas, c'est un moyen que je crois fort dangereux, et dont je ne voudrais dans aucun cas prendre la responsabilité.

DE L'ASCITE.

L'accumulation de sérosité dans la cavité du péritoine a reçu le nom d'*ascite*. Quelques auteurs ont aussi appliqué la même dénomination à l'infiltration des parois du ventre (*ascite sous-cutanée*), à l'épanchement

de sérosité dans la gaîne des muscles droits (*ascite vaginale*), ou bien dans un kyste développé dans le péritoine (*ascite enkystée péritonéale*), ou dans un des viscères abdominaux (*ascite viscérale*). Mais ces maladies diffèrent trop de l'ascite proprement dite pour pouvoir être décrites ensemble et confondues sous un nom commun.

Historique. — L'ascite, qui est après l'œdème la forme la plus commune des hydropisies, a été connue dès la plus haute antiquité. Le mot qui sert à la désigner lui a été probablement donné à cause de la ressemblance qui existe effectivement entre le ventre rempli de sérosité et une outre (ἀσκιὸς) également distendue par un liquide. Les anciens, quoique considérant l'ascite comme étant presque toujours une maladie essentielle, idiopathique, ont pourtant essayé, à différentes époques, de la rattacher à l'existence de quelque lésion matérielle, spécialement à une altération du foie (Galien), ou aux diverses lésions organiques des principaux viscères de l'abdomen (F. Hoffmann). Les recherches d'anatomie pathologique, poursuivies avec tant de zèle depuis Morgagni, ont eu pour effet de restreindre de plus en plus le nombre des ascites idiopathiques, en même temps que des moyens d'exploration plus précis permettaient de ne plus confondre les hydropisies de l'abdomen avec les maladies nombreuses qui ont avec elles plusieurs points de ressemblance. C'est surtout aux travaux de MM. Andral, Bouillaud, Dugès, Piorry, Reynaud, Rostan, etc., que nous sommes redevables de la précision avec laquelle nous pouvons établir aujourd'hui le diagnostic de la maladie et sa nature.

Étiologie. — Il est certain qu'il existe une ascite idiopathique quant à son origine, et affectant presque toujours la forme sthénique. On l'observe à peu près uniquement chez les sujets jeunes, robustes; elle succède à la suppression d'une hémorrhagie, et, plus souvent, à l'impression du froid, ainsi que cela arrive après l'ingestion d'une boisson glacée pendant que le corps est en sueur. D'autres fois, une excitation trop forte des organes abdominaux, telle que celle que détermine l'usage ou plutôt l'abus des purgatifs drastiques, a quelquefois été suivie d'un épanchement séreux dans le ventre; c'est ce que nous avons vu plusieurs fois après le traitement de la colique saturnine par la méthode de la Charité. Dans ces cas, on ne peut saisir nulle part aucune lésion matérielle capable d'expliquer l'hydropisie; il semble alors que celle-ci survienne seulement sous l'influence d'une excitation particulière du péritoine, se traduisant par une supersécrétion de liquide. Cependant presque toujours l'ascite est symptomatique. Cette maladie peut survenir sous l'influence de toutes les causes qui président au développement de toutes les autres hydropisies : il est inutile de les énumérer de nouveau. La plupart de ces causes ne déterminent l'ascite qu'après avoir déjà produit d'autres hydropisies, spécialement l'œdème de quelques parties du corps. Mais, parmi ces lésions, il en est quelques unes qui semblent être plus spécialement des causes d'ascite, puisque, lorsqu'elles amènent la diathèse séreuse, ce n'est qu'après avoir préalablement produit un épanchement péritonéal : tels sont l'hypertrophie

de la rate et du foie, l'atrophie de ce dernier viscère et son altération connue sous le nom de cirrhose, le rétrécissement de la veine porte, la péritonite tuberculeuse. Enfin, dans les cancers utérins, lorsque la dégénérescence, s'étendant vers le bas-fond de la vessie, gagne l'orifice des uretères, on voit souvent se former une ascite qui disparaît ensuite lorsque, le tissu malade venant à se ramollir et à s'ulcérer, l'urine peut affluer plus librement dans la vessie. D'après la multiplicité des causes de l'ascite, on conçoit que cette affection doit être très commune; on l'observe, en effet, à tous les âges; on l'a même vue se développer dans le cours de la vie intra-utérine; le volume que le ventre acquiert alors peut devenir une cause de dystocie.

Anatomie pathologique. — D'après ce qui précède, on conçoit combien sont nombreuses et variées les altérations qu'on trouve à l'ouverture des cadavres. Quant à l'épanchement lui-même, il est plus ou moins abondant. Il est très rare que l'abdomen contienne moins d'un litre de liquide; assez souvent sa quantité s'élève jusqu'à 30, 40 et 50; on dit même avoir tiré jusqu'à 50 kilogrammes de sérosité. Ce liquide est parfois un peu lactescent ou rougeâtre; il peut contenir quelques rares flocons albumineux; le plus souvent il est d'un jaune citrin ou verdâtre, inodore, très rarement il a une odeur nauséeuse ou fétide; il a parfois au toucher une légère consistance oléagineuse, et, contrairement à ce qu'on dit généralement, M. Andral ne l'a pas trouvé plus albumineux que celui provenant de toutes les autres hydropisies que nous avons étudiées jusqu'à présent. Il y a peu d'années, M. de La Harpe dit avoir trouvé dans la sérosité de quelques ascitiques une certaine proportion de fibrine qui se coagulait spontanément et qui formait caillot, exactement comme le ferait la fibrine du sang. Suivant l'habile médecin de l'hôpital de Lausanne, ce principe ne se trouverait guère que dans les ascites sthéniques, dans celles qui, pour me servir des expressions de M. de La Harpe, seraient intermédiaires entre la simple exhalation de sérosité et la péritonite, avec productions de fausses membranes. Disons toutefois que les observations de ce médecin ne sont pas encore concluantes; nous croyons surtout que la présence de la fibrine n'a pas été établie par lui d'après des caractères suffisants.

La sérosité épanchée dans le ventre produit elle-même diverses lésions. Aussi, lorsque la collection est considérable, et que les parois du ventre ont été distendues, on trouve la plupart des muscles qui les forment, et surtout les muscles droits, pâles, amincis, comme atrophiés; il en est de même des intestins, qui sont refoulés vers la partie supérieure du ventre; enfin le péritoine pariétal et viscéral offre souvent une couleur opaline, une teinte laiteuse qui résulte probablement de la macération que cette membrane a subie de la part du fluide épanché.

Symptômes. — Lorsque la sérosité se forme dans le péritoine, le ventre augmente peu à peu de volume; les malades se plaignent d'abord d'être serrés par leurs vêtements, et cette gêne augmente encore après les repas, lorsque l'estomac est distendu par les aliments. Si on examine alors le

ventre, on le trouve plus ou moins déformé ; si le malade est debout ou assis, l'hypogastre et les régions iliaques forment une saillie plus ou moins considérable ; s'il est couché horizontalement, les flancs semblent élargis ; enfin, si on fait incliner le malade sur un des côtés, la saillie du ventre se dessine dans le point qui est devenu le plus déclive. Cependant, à mesure que l'épanchement devient plus abondant, on voit augmenter la tension du ventre, dont la circonférence peut être double ou triple de l'état normal. Il arrive assez fréquemment alors que la cicatrice ombilicale est soulevée, et forme une petite tumeur molle, fluctuante, transparente, qui se tend toutes les fois que les malades toussent ou font des efforts. La percussion du ventre fait entendre un son tout à fait mat dans tous les points que le liquide occupe ; la matité est d'autant plus complète et la résistance au doigt d'autant plus forte que la couche de liquide offre plus d'épaisseur. Ces phénomènes ont donc leur maximum d'intensité à l'hypogastre et vers les flancs : ils diminuent en se rapprochant de la partie supérieure ; enfin, on arrive à un point plus ou moins voisin de l'ombilic, où la matité est moins complète et où il existe déjà un peu d'élasticité, c'est ce qui marque la ligne de niveau du liquide. Au-dessus de ce point il y a une sonorité tympanique due aux intestins, qui, doués d'une pesanteur spécifique plus considérable, en raison des gaz qu'ils contiennent, surnagent au-dessus de l'épanchement. Pour constater ces phénomènes, il convient de percuter d'abord légèrement, afin de ne pas déplacer le liquide. Cependant, pour découvrir l'état des parties profondes, pour mesurer l'épaisseur de la couche liquide, et pour s'assurer qu'aucune anse intestinale n'est maintenue au centre de l'épanchement par quelque ancienne adhérence, on devra déprimer la paroi abdominale, et percuter au fur et à mesure qu'on se rapproche davantage de la colonne vertébrale. Dans cette exploration, il y aura peut-être avantage à se servir de la plaque d'ivoire de M. Piorry. Dans l'ascite, on produit ordinairement le phénomène de la fluctuation ; celle-ci est, en général, d'autant plus manifeste que la quantité de sérosité est plus considérable, que les parois du ventre sont plus distendues, et qu'il y a moins d'infiltration dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour sentir la fluctuation, il suffit de placer une main sur un côté du ventre, et de frapper légèrement avec l'autre sur le côté opposé, la première reçoit aussitôt la sensation d'un choc ou d'une ondulation. Pourtant ce n'est pas toujours d'un côté à l'autre du ventre qu'il faut chercher à produire ce phénomène ; on n'y réussirait pas, en effet, dans les cas surtout où l'épanchement n'est pas assez considérable pour distendre le ventre. En pareille circonstance, il vaut mieux chercher la fluctuation dans le point le plus déclive, et dans un petit espace ; pour cela on percute avec l'indicateur d'une main à 6 ou 9 centimètres de celle qu'on tient appliquée : on obtient alors ce qu'on nomme la *fluctuation périphérique*. Ce mode d'exploration a été parfaitement décrit par M. le docteur Tarral. Dans les cas ordinaires, il convient, en général, d'appliquer la main à la partie inférieure du ventre, là où la couche du liquide offre le plus d'épaisseur. Pour percevoir la fluctuation, il faut tantôt ne faire que

poser la main, d'autres fois on doit déprimer assez fortement les parois du ventre. La fluctuation est rarement perçue dans toute l'étendue de la matité; elle n'existe parfois manifestement qu'à l'hypogastre ou vers les flancs.

Lorsque l'ascite est devenue considérable, la peau du ventre est lisse, tendue; bientôt le tissu cellulaire subjacent s'infiltre, enfin il n'est pas rare de voir le derme lui-même se pénétrer de sérosité. Dans ces cas, il suffit de promener très légèrement l'ongle sur la surface du ventre pour tracer un sillon plus ou moins profond, qui ne tarde pas à disparaître. Enfin l'infiltration finit par gagner le reste du corps, surtout les membres inférieurs.

Les viscères abdominaux, les organes digestifs surtout, éprouvent dans leurs fonctions un trouble plus ou moins marqué, proportionné au degré de compression que le fluide épanché exerce sur eux. Ainsi les digestions sont laborieuses, pénibles; il y a parfois des vomissements et une constipation opiniâtre; souvent le tube intestinal et surtout l'estomac sont le siége d'une exhalation abondante de gaz qui rend l'anxiété plus pénible; l'ingestion des aliments et des boissons augmente également la gêne et la tension du ventre. Il paraît aussi que la compression à laquelle les reins et les uretères sont soumis diminue souvent la sécrétion urinaire; celle-ci reprend communément toute son activité dès qu'on a évacué le liquide par la paracentèse. C'est en grande partie par la compression que subissent les veines abdominales, qu'il faut expliquer l'œdème des membres inférieurs et le développement insolite que prennent souvent les veines sous-cutanées abdominales, et même celles des parois latérales de la poitrine jusque dans le creux axillaire, vaisseaux par lesquels s'établit une circulation supplémentaire. Ce qui le prouve, c'est qu'après la paracentèse, lorsque la cause de compression a été enlevée, on voit diminuer et parfois disparaître l'œdème des membres inférieurs, les veines des parois thoraciques et abdominales reprennent aussi leur calibre, à moins pourtant qu'il n'existe un obstacle permanent dans la veine porte ou dans la veine cave inférieure, obstacle qui aura été le point de départ de tous les accidents. Dans l'ascite nous avons vu les viscères thoraciques être plus ou moins troublés dans leurs fonctions. Le refoulement en haut du diaphragme et le rétrécissement que la cavité thoracique subit par suite dans son diamètre vertical expliquent la dyspnée des malades, toujours proportionnée à la distension que le ventre a subie, l'oppression et les palpitations, et même l'hémoptysie, accident que Stoll paraît avoir observé. Ces troubles sont surtout portés à leur summum d'intensité lorsque l'ascite existe en même temps qu'une grossesse : alors les femmes éprouvent une anxiété continuelle et sont dans un état de suffocation imminent. Ces symptômes prennent surtout un caractère effrayant à dater du sixième mois de la gestation, c'est-à-dire à l'époque où le fond de l'utérus s'élève à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Les sujets qui ont une ascite ont généralement la face pâle, altérée, bouffie ou amaigrie; les muqueuses sont décolorées, la peau est sèche, aride, rugueuse; l'urine est rare, la soif variable; la faiblesse et l'amai-

grissement vont toujours en augmentant; dans la station et en marchant, les malades sont obligés de renverser le tronc en arrière, afin de pouvoir rétablir l'équilibre. Enfin, il existe plusieurs autres symptômes généraux et locaux, variables suivant la maladie dont l'ascite est un des symptômes.

Dans les cas rares où l'ascite est sthénique et idiopathique, l'accumulation de sérosité dans le péritoine se fait plus rapidement que dans les cas précédents ; mais elle est communément moins abondante, et elle est précédée et accompagnée d'un état subinflammatoire : ainsi la peau est chaude, halitueuse ; le pouls est large, dur et plus fréquent que de coutume ; enfin, quelques douleurs se font sentir dans l'abdomen.

Marche, durée. — L'ascite a une marche qui varie suivant la cause qui la produit : tantôt elle est primitive, et tantôt elle arrive consécutivement à d'autres hydropisies. C'est ainsi que dans les maladies du cœur l'épanchement péritonéal est toujours précédé de l'œdème des extrémités inférieures, et souvent aussi d'une œdématie de la face. L'épanchement s'accroît avec plus ou moins de rapidité ; il offre souvent, et sans cause appréciable, des alternatives ; sa durée est toujours longue ; il est rare qu'il se termine avant un ou deux mois ; souvent il persiste pendant six mois, pendant une ou plusieurs années. Le docteur Graves a cité un cas de guérison après huit années. M. Canu, médecin à Yvetot, a présenté en 1842, à l'Académie de médecine, l'observation d'une femme de trente-six ans qui, ayant été ascitique pendant seize ans, aurait guéri après avoir subi huit cent quatre-vingt-six ponctions. On cite enfin des cas plus extraordinaires encore d'ascites qui auraient persisté pendant trente ou quarante ans. Notons que ces faits, en apparence merveilleux, ont été presque tous observés chez des femmes, et qu'ils sont peut-être moins des exemples d'ascite que des cas d'hydropisie enkystée des ovaires. La guérison de cette dernière affection, sans être commune, est pourtant moins extraordinaire que celle d'une ascite qui aurait duré un grand nombre d'années.

Terminaisons. — L'ascite peut se terminer par la guérison ; celle-ci a communément lieu peu à peu par suite de la résorption lente du liquide, ou bien plus rapidement, et dans ce cas on observe ordinairement un flux par l'intestin, par l'estomac, par les voies urinaires ou par la peau. Les faits les plus remarquables en ce genre ont été réunis par M. Mondière, dans un travail que ce regrettable observateur a publié dans le septième volume du journal *l'Expérience*. Dans des cas plus rares encore, la peau de l'ombilic s'étant ulcérée, le liquide abdominal s'est écoulé par cette voie ; chez des sujets atteints de hernie scrotale on a encore vu la sérosité s'échapper par une fistule du scrotum consécutive à une escarre gangréneuse pénétrant jusque dans la tunique vaginale. Enfin, on dit même avoir vu le liquide se faire jour à travers l'intestin. Quoi qu'il en soit, l'ascite ne guérit presque jamais lorsqu'elle dépend d'une lésion matérielle des organes ; si quelquefois elle cesse tout à fait, ce n'est presque toujours que d'une manière momentanée, car elle ne tarde pas à récidiver.

Si on se rappelle les causes qui produisent le plus fréquemment l'ascite, on comprendra pourquoi cette maladie se termine le plus souvent d'une

manière funeste. En général, alors, l'anxiété et l'oppression augmentent, l'hydropisie s'étend à tout le corps ; il y a des défaillances, des syncopes, des escarres, puis la mort survient peu à peu ou bien tout à coup.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend trois points : 1° reconnaître l'ascite ; 2° la distinguer des maladies qui ont quelque ressemblance avec elle ; 3° déterminer la cause qui l'a produite.

La tuméfaction uniforme du ventre, la matité et la fluctuation sont les trois caractères à l'aide desquels on diagnostique la présence d'un épanchement liquide dans l'abdomen. On déterminera que le liquide est libre dans le péritoine par la facilité avec laquelle on peut le déplacer en variant les positions du tronc ; c'est ainsi qu'en faisant coucher le malade sur un des côtés, le liquide, obéissant aux lois de la pesanteur, s'accumulera dans la partie la plus déclive ; la percussion pratiquée à ce niveau donnera un son complétement mat, tandis que, dans le point correspondant du côté opposé, le son sera plus ou moins tympanique. Si, enfin, on fait coucher le malade sur ce dernier côté, on obtiendra des résultats semblables aux précédents, mais en sens inverse. En variant ainsi les positions des malades, on pourra, comme M. Piorry l'a démontré le premier, arriver à reconnaître des épanchements, assez peu considérables pour ne déterminer encore ni matité ni fluctuation. Comme dans ces cas le liquide s'accumule spécialement dans la cavité pelvienne, il importe, pour en révéler la présence à l'aide de nos moyens d'exploration, de soulever le bassin et d'incliner le malade sur un des côtés : en réunissant ainsi toute la sérosité dans un seul point, on pourra obtenir un son mat, et déterminer le phénomène de la fluctuation, si toutefois il n'existe pas d'ancienne adhérence qui s'oppose au déplacement de la sérosité. J'ai dit précédemment comment on pouvait produire la fluctuation ; je ne reviendrai point sur ce phénomène. Mais il importe ici de prévenir nos jeunes confrères de ne pas prendre pour de la fluctuation la vibration ou le frémissement qu'éprouvent les parois abdominales distendues lorsqu'on les percute brusquement. La sensation qu'on éprouve dans ces cas diffère pourtant de celle que donne la fluctuation : c'est l'habitude seule qui peut apprendre à distinguer les deux phénomènes.

Différentes tumeurs ou maladies du ventre peuvent simuler l'ascite, et ont, en effet, souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic ; ce sont : la tympanite, les tumeurs enkystées, la distension de la vessie par l'urine, et toutes les tumeurs formées par le développement de l'utérus. Dans la tympanite, le ventre est plus ou moins distendu, comme dans l'ascite ; mais il y a cette différence entre les deux affections, que dans la première le ventre offre dans toute son étendue une sonorité exagérée, tandis que dans l'ascite le son tympanique n'existe qu'à la partie supérieure, là où les intestins ont été refoulés ; partout ailleurs le son est plus ou moins complétement mat. Si la vessie distendue par l'urine fait saillir la paroi abdominale antérieure, le son est mat à son niveau, et on peut produire la fluctuation comme dans l'ascite ; mais dans le cas de rétention d'urine la fluctuation est plus profonde, plus obscure ; le palper de l'abdomen fait

reconnaître une tumeur ovalaire ou pyriforme située sur la ligne médiane; on peut à peine déplacer la matité par les différentes positions qu'on donne au malade, et souvent on excite des envies d'uriner, en pressant sur la tumeur. Enfin, le cathétérisme, en donnant issue à l'urine, détruit tous les doutes qu'on pouvait encore avoir. Il est impossible de confondre l'ascite avec une grossesse avancée ; car dans celle-ci le ventre est occupé par une tumeur pyriforme, dure, mate, non fluctuante, située sur la ligne médiane et un peu inclinée à droite; en appliquant l'oreille à son niveau, on entend le souffle placentaire et les doubles battements du cœur du fœtus; enfin le toucher fait reconnaître un raccourcissement plus ou moins considérable du col et le phénomène du ballottement. Il sera tout aussi facile de distinguer l'ascite de l'hydromètre, de la pneumatose utérine, des tumeurs enkystées des ovaires, ainsi que de l'affection vicieusement nommée hydropisie de l'estomac : c'est ce que j'exposerai avec détails quand je traiterai de chacune de ces maladies. Il est une affection assez rare et qu'il était presque impossible de distinguer de l'ascite lorsque la science n'était pas encore dotée des moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui : je veux parler de ces tumeurs enkystées des parois abdominales (hydropisies enkystées du péritoine) dont Morgagni a parlé dans sa trente-huitième Lettre, et qu'on a vues s'étendre de l'épigastre au pubis et de l'un à l'autre hypochondre. Dans ces cas le ventre est développé; il est mat et fluctuant, comme dans l'ascite; mais la percussion pourra faire reconnaître ici la nature de la maladie. Elle montrera, en effet, qu'on ne peut déplacer la matité par les positions qu'on donne aux malades; que le son mat existe également sur toute l'étendue de la tumeur; enfin, en déprimant fortement avec le plessimètre la paroi abdominale dans les parties les plus déclives, comme à l'hypogastre, et en percutant fortement, on se convaincra, par le son un peu clair qu'on obtiendra et par l'élasticité dont les doigts auront la conscience, que les *intestins existent à ce niveau, et qu'ils n'ont pas été déplacés*, circonstance capitale, puisque nous avons vu que constamment dans l'ascite ils étaient refoulés au-dessus de l'épanchement. Comme complément du diagnostic, on apprendra que la maladie a commencé par une tumeur circonscrite qui a envahi peu à peu le reste du ventre en s'étendant souvent de haut en bas; enfin, on verra manquer les symptômes des maladies qui produisent le plus souvent l'ascite.

L'ascite une fois reconnue, il faut déterminer la cause qui l'a produite. On y parviendra le plus souvent en étudiant les antécédents des malades, la marche que l'ascite a suivie, et les phénomènes morbides qui l'accompagnent. Ainsi l'épanchement péritonéal qui survient consécutivement à l'œdème des extrémités inférieures peut bien dépendre d'un obstacle au cours du sang dans la veine cave inférieure ; mais presque toujours il est l'indice d'une affection organique du cœur. L'ascite qui se montre chez des sujets dont la face est pâle, bouffie, et qui ont eu déjà de l'œdème sur plusieurs autres points du corps, devra faire soupçonner une maladie de Bright, et portera à examiner les qualités de l'urine. Lorsque l'ascite est

primitive, lorsqu'un sujet qui présente la diathèse séreuse au plus haut degré nous apprend que l'hydropisie a commencé par le ventre, et n'a gagné les autres parties du corps que consécutivement, il faudra rechercher dans l'abdomen lui-même la cause de la maladie. La palpation et la percussion feront alors reconnaître dans cette cavité quelque tumeur plus ou moins volumineuse, et si l'exploration la plus attentive n'en fait point constater l'existence, on soupçonnera quelque obstacle dans la veine porte, et avant tout une cirrhose du foie; car cette lésion est la cause la plus fréquente des ascites primitives. Enfin l'épanchement péritonéal qui a été précédé de douleurs de ventre, d'un grand amaigrissement, et qui s'accompagne de rénitence et de dureté des parois abdominales, se rattache toujours à une péritonite chronique.

Nous ne saurions terminer ce sujet sans redire encore combien les ascites idiopathiques sont rares. On ne doit donc jamais manquer, dans les cas d'épanchements péritonéaux, d'interroger tous les organes, toutes les fonctions, et d'analyser tous les fluides pour nous éclairer sur la cause de la maladie. Il ne faut pas oublier surtout que des ascites en apparence spontanées, survenant rapidement et sans douleur chez des sujets jeunes, et au milieu des apparences de la santé, se lient souvent à une grave lésion du péritoine, à la présence de tubercules miliaires. Nonobstant cette altération, quelques malades se rétablissent momentanément, et sont emportés plus tard par une récidive ou par une autre affection tenant à la diathèse elle-même. C'est ainsi qu'il y a quelques années j'envoyai dans les salles de M. Chomel une jeune fille, forte en apparence, qui avait été prise, sans cause connue, d'une ascite remontant alors à quelques semaines. La manière dont l'affection avait débuté, sa marche, et l'état actuel de la malade, la facilité avec laquelle la guérison s'opéra, donnaient à penser que l'ascite était essentielle. Cependant, à peine quelques semaines s'étaient écoulées que cette jeune fille rentrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu avec une méningite granulée à laquelle elle succomba; à l'autopsie on trouva, indépendamment des lésions cérébrales, un grand nombre de granulations miliaires dans le péritoine, qui présentait, en outre, quelques fausses membranes et un reste d'épanchement liquide.

Pronostic. — L'ascite est une maladie toujours grave : cette gravité ne tient point à l'épanchement lui-même, mais presque uniquement aux lésions dont il est presque toujours symptomatique.

Traitement. — Le traitement à opposer à l'ascite est le même que celui des autres hydropisies; nous n'y reviendrons pas. Nous dirons seulement que, pour bien juger de l'effet des remèdes, il importe de mesurer de temps en temps la circonférence du ventre à l'aide d'un lien. Il convient aussi de marquer avec de l'encre ou du nitrate d'argent la hauteur de l'épanchement.

Lorsque les moyens ordinaires restent sans effet, lorsque la distension du ventre est telle que les malades éprouvent beaucoup de dyspnée et d'anxiété, il faudra donner issue au liquide par la paracentèse. Dans la plupart des cas, on tarde trop de pratiquer cette petite opération qui sou-

lage toujours. En l'éloignant comme on fait, on laisse distendre outre mesure et affaiblir les parois abdominales, ce qui permet à l'épanchement de se reproduire avec beaucoup plus de facilité. Ce n'est point ici le lieu de décrire le manuel opératoire de la paracentèse. Nous dirons seulement qu'il convient de ponctionner le ventre dans le flanc. Cependant, si l'ascite coexiste avec une grossesse, le liquide ayant été refoulé en grande partie vers les hypochondres, comme la matité et la fluctuation le démontrent, on a conseillé de ponctionner dans ce point (Scarpa et Cruch de Pavie). Mais il nous paraît préférable, avec Ollivier (d'Angers) de donner issue au liquide à travers l'ombilic ou par un point de la ligne blanche. L'opération de la paracentèse paraît, dans ces cas, hâter l'époque de l'accouchement. Quel que soit le point du ventre qu'on ponctionne et de quelque manière qu'on opère, il convient, avant d'enfoncer l'instrument, de percuter le ventre à ce niveau, et de s'assurer, en pratiquant alternativement une percussion superficielle et profonde, qu'il n'y a aucune anse intestinale adhérente dans cet endroit. Nous conseillons de vider le ventre en une seule fois, à moins pourtant que l'ascite ne soit trop considérable, cas dans lequel on devait faire plusieurs ponctions successives, et ne permettre à chacune d'elles que l'écoulement d'une partie du liquide, afin de faciliter le retrait des parois sur elles-mêmes. Quoi qu'il en soit, l'épanchement évacué, on devra, dans les jours qui suivront, établir une forte dérivation vers les reins, vers la peau et sur le tube digestif; on exercera en même temps une compression méthodique sur tout le ventre. Ces moyens ont quelquefois amené la guérison de quelques ascites, ou du moins ils ont retardé leur récidive; c'est ce qui résulte surtout d'un travail publié par M. Bricheteau, dans le journal les *Archives* pour l'année 1832. Ce médecin distingué a démontré l'utilité de la compression dans quelques cas d'ascites simples qui ne se lient à aucune lésion organique ni à aucun obstacle à la circulation veineuse. Nous ne citerons ici que pour les blâmer certaines tentatives plus qu'imprudentes qui ont été faites pour produire la guérison radicale de la maladie, telles que des injections astringentes et irritantes, ou l'introduction de vapeurs vineuses dans l'intérieur du péritoine. Après les accidents funestes dont de pareilles manœuvres ont été suivies, ce serait un crime que de les répéter encore.

SÉCRÉTIONS SÉREUSES DES MEMBRANES MUQUEUSES.

Les membranes muqueuses sont très rarement le siége de flux aqueux ou séreux; les seules sécrétions de ce genre qu'on observe quelquefois n'ont guère lieu que dans le tube digestif et dans les organes génitaux de la femme. On a bien décrit des flux pareils pouvant se faire par les fosses nasales, ainsi que Morgagni en cite quelques exemples; mais cette affection, que quelques auteurs ont proposé de nommer *rhinorrhée*, n'est pas encore suffisamment connue. Dans l'étude des flux séreux intestinaux nous

croyons devoir admettre deux variétés, qui sont : le *choléra asiatique* et l'*hydro-entérorrhée*.

DU CHOLÉRA ASIATIQUE.

Le choléra épidémique ou asiatique offre pour symptômes principaux : des vomissements et des selles de matières aqueuses blanchâtres semblables à de l'eau de riz, la suppression de la sécrétion urinaire, l'absence de pouls, le refroidissement presque glacial du corps, une couleur violacée des téguments, qui sont flasques et ridés, un amaigrissement rapide, des crampes très douloureuses dans les membres, une oppression parfois extrême.

Historique. — Je ne discuterai pas si le choléra asiatique est une affection nouvelle ou si c'est d'elle qu'il est parlé dans plusieurs passages des livres sanscrits. Quoi qu'il en soit, c'est une maladie connue depuis longtemps dans les Indes orientales, où elle est endémique. Plusieurs fois on l'a vue, franchissant ses limites naturelles, aller exercer ses ravages au loin. Mais le fait le plus extraordinaire est celui de cette épidémie meurtrière qui, commençant à Jessore, près des bouches du Gange en 1817, a successivement envahi l'Asie, l'Afrique, l'Europe et l'Amérique, est venue sévir dans notre pays, qu'elle a parcouru de 1832 à 1836, franchissant en quinze années plus de trois millions de lieues carrées. Cette redoutable maladie a été l'objet, dans notre pays, d'une foule de publications, parmi lesquelles se distinguent l'excellent traité de MM. Gérardin et Gaimard, les monographies de MM. Bouillaud et Gendrin, les recherches de MM. Magendie, Rayer, Piorry, ainsi que l'article remarquable publié dans le *Dictionnaire de médecine*, par Dalmas, praticien habile et observateur excellent, dont nous regrettons la fin prématurée. Enfin, pour terminer, citons les rapports de M. Moreau de Jonnès, et de la commission médicale du département de la Seine, ainsi que celui des professeurs Dubrueil et Rech.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres diffèrent suivant que les malades ont succombé dans la seconde période dite de *cyanose*, ou bien dans la troisième dite de *réaction*. Dans le premier cas, les cadavres perdent lentement leur chaleur; la teinte cyanosée de la face et des membres est conservée; l'œil est flétri; tout le corps est amaigri; les muscles, peu consistants, sont plus ou moins violacés : cette coloration se retrouve dans la plupart des os spongieux, et jusqu'à la racine et à la moitié de la couronne des dents. La masse intestinale, rarement distendue par des gaz, offre souvent une coloration violacée, surtout pour les anses qui plongent dans l'excavation pelvienne. Le tube digestif ouvert, on le trouve pâle, décoloré par places; mais dans la plus grande partie de son étendue, il offre diverses nuances de coloration : ainsi il est rouge, lie de vin, noirâtre ou violacé; ses tuniques semblent épaissies, et les vaisseaux de la partie correspondante du mésentère sont gorgés de sang. Ces diverses colorations ne peuvent être rapportées à un travail in-

flammatoire, mais elles tiennent à une stase sanguine. Si, en effet, on injecte de l'eau dans les artères mésentériques, on entraîne tout le sang qui engorge les parois intestinales, et on rend à celles-ci la couleur d'un blanc grisâtre, qui leur est naturelle (Magendie). La membrane muqueuse a généralement sa couleur et sa consistance normales; mais elle présente dans toute l'étendue des voies digestives, depuis l'œsophage jusqu'au rectum, spécialement à la fin de l'iléon, dans le cœcum et le colon, une éruption de petits corps durs et opaques, résistants à la pression, du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis ou de mil, impénétrables aux injections (Czermak et Hyrts). On n'est pas d'accord sur la nature de ces corpuscules : les uns les considèrent comme des papilles intestinales tuméfiées, et n'en font point une lésion spéciale au choléra, puisqu'on la retrouve dans une foule d'états morbides, et toutes les fois que l'exhalation intestinale est augmentée. D'autres personnes ont vu dans ces corpuscules une éruption spéciale, et en ont fait à tort le caractère anatomique de la maladie; on sait, par exemple, que MM. Serres et Nonat se sont fondés sur l'existence de cette lésion pour donner au choléra le nom de *psorentérie.*

Les intestins et l'estomac des cholériques contiennent en plus ou moins grande quantité un liquide d'une odeur fade, blanc, floconneux, qu'on a comparé à du petit-lait mal clarifié ou à une décoction de riz ou de gruau. La membrane muqueuse est en outre tapissée par une matière comme crémeuse, d'un blanc grisâtre. Il est généralement admis que le liquide cholérique est identique par sa composition avec la sérosité du sang. Cependant M. Andral a contesté cette proposition, et dans une note qu'il a lue, en août 1847, à l'Académie des sciences, il a établi que la matière cholérique n'était ni albumineuse ni fibrineuse, mais qu'elle offrait tous les caractères du mucus. C'est donc là un sujet qui exige des recherches nouvelles. Indépendamment de ce liquide, les intestins peuvent encore contenir une bile jaune, verte, ou bien un liquide rougeâtre, sanguinolent. Les vaisseaux lymphatiques et biliaires sont exempts d'altération; le foie, d'un volume ordinaire, est gorgé d'un sang noir, diffluent; il en est de même des reins; la rate est en général petite, dure et noire; presque tous les autres tissus parenchymateux sont congestionnés et d'une couleur violacée particulière. Enfin, sur les parois de la vessie, qui est revenue sur elle-même et qui est vide d'urine, on voit parfois des flocons blanchâtres, semblables à ceux que nous avons déjà rencontrés dans les voies digestives. Les poumons sont le plus souvent flasques, affaissés, à peine engoués; d'autres fois l'engouement sanguin est un peu plus considérable : on a trouvé aussi dans les bronches les corpuscules blanchâtres déjà signalés dans les intestins et dans la vessie. Le cœur est petit, flasque, friable, rempli d'un sang noir, poisseux, et qu'on a justement comparé à du raisiné mou ou à de la gelée de groseilles mal cuite. Tout le système veineux, surtout au voisinage du cœur, est gorgé d'un sang ayant la même apparence et les mêmes qualités. On trouve ce liquide en petite quantité dans le cadavre. Il était, en effet, difficile, dans l'épidémie de 1832, de pouvoir en

recueillir plus de 250 à 312 grammes. Le plus grand nombre des micrographes a vu que les globules du sang cholérique ne présentaient aucune altération appréciable; les chimistes ont constaté une diminution dans la quantité normale de la fibrine, de l'albumine et des sels, tandis que la matière colorante était cinq fois plus considérable. M. Andral est arrivé à des résultats un peu différents; il établit, en effet, dans la note dont j'ai parlé plus haut, que l'albumine se maintenait dans le sérum du sang, dans la proportion normale. Toutes les membranes séreuses du corps, le péritoine surtout, sont privées de sérosité : elles sont luisantes et poisseuses; nous les avons trouvées parfois complétement sèches, ridées, parcheminées. Le fluide céphalo-rachidien est peu diminué; les vaisseaux cérébraux et rachidiens sont plus ou moins gorgés de sang; la pulpe nerveuse est elle-même plus ou moins congestionnée. Enfin, les nerfs et leurs ganglions peuvent être imbibés de sang; mais ils sont toujours exempts de toute altération.

Lorsque les cholériques succombent dans la troisième période dite de réaction, les congestions veineuses sont moins nombreuses et moins intenses; on retrouve plutôt alors les caractères propres aux congestions actives et à l'inflammation. Ainsi le cerveau est sablé, les poumons sont parfois enflammés, hépatisés; le sang contenu dans les vaisseaux est plus rouge, et contient d'autant plus de sérum que la mort est survenue à une époque plus éloignée de la réaction. Le liquide cholérique a disparu; les membranes séreuses sont humides; les corpuscules intestinaux sont peu ou point saillants, tandis que les follicules agminés sont parfois un peu boursouflés, mais sans présenter aucune des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde; enfin, la vessie contient de l'urine.

Symptômes, marche. — Le choléra asiatique débute parfois brusquement; le plus souvent il a des prodromes; tels que malaise, faiblesse, perte d'appétit, soif, douleurs de ventre, borborygmes; diarrhée jaune, blanchâtre, muqueuse, fétide; accablement, insomnie, sueurs, défaillance, accélération ou lenteur du pouls; frissons vagues, irréguliers. C'est à l'ensemble de ces symptômes prodromiques que quelques personnes donnaient, en 1832, le nom de *cholérine* ou de première période. Ces accidents persistaient d'un à huit jours, et se terminaient par la guérison ou étaient remplacés par les symptômes propres au choléra. M. Magendie dit que quelques malades ont succombé après avoir présenté seulement les symptômes de la cholérine. La mort est arrivée alors par suite de l'anéantissement progressif des forces : toutefois les faits de ce genre ont été fort rares.

Lorsque le choléra est tout à fait déclaré, la soif est vive; le ventre, rétracté, peu sonore, est le siége de coliques, que la pression augmente souvent. Bientôt le malade rend en vomissant ces matières blanches, floconneuses, d'une odeur fade, dont nous avons parlé précédemment; des évacuations alvines ont lieu simultanément. Les matières intestinales, d'abord jaunâtres et fétides, finissent bientôt par être identiques à celles qui sont rejetées par la bouche. Ces évacuations sont généralement répétées

à de courts intervalles ; bientôt le pouls s'accélère et s'élève rapidement à 120 ou 130 pulsations par minute ; sa force diminue en proportion de sa fréquence ; la respiration est pénible, anxieuse, accélérée ; les malades accusent de la dyspnée, quoiqu'à la percussion et à l'auscultation on ne découvre rien d'anormal dans la poitrine. La voix s'affaiblit ; il y a des vertiges, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles ; des crampes très douloureuses se font sentir dans les bras, dans les doigts, et surtout dans les mollets, qui sont fermes et durs comme du bois ; les forces sont alors prostrées à tel point que beaucoup de malades ne peuvent se tenir debout ; leur figure exprime l'abattement et une souffrance extrême ; les traits sont tirés, amaigris ; les yeux sont caves, bordés de noir. Si ces accidents vont encore en s'aggravant, la peau du corps se refroidit, la face prend une teinte bleuâtre ; la pulpe des doigts et des orteils devient violacée, surtout au pourtour des ongles, tandis que la peau de ces parties est ridée comme si elle avait longtemps macéré dans de l'eau tiède. Lorsqu'on pince la peau, sur les autres parties du corps, elle conserve pendant longtemps le pli qu'on lui a donné ; le corps entier est amaigri par suite de l'absorption du fluide séreux qui humecte le tissu cellulaire ; la sécrétion urinaire est suspendue ; toutes les exhalations naturelles ou accidentelles sont diminuées ou taries.

Dans un degré plus avancé et constituant la seconde période de la maladie, les membres et la face sont complétement cyanosés ; la coloration cyanique peut même gagner presque toute la surface du corps ; les yeux sont secs, ternes ; la cornée est flétrie par suite de l'absorption d'une portion de l'humeur aqueuse ; la peau est froide, sa température est parfois descendue à 14° Réaumur, ainsi que l'ont vu MM. Gérardin et Gaimard ; elle est en même temps recouverte d'une sueur visqueuse et froide, de sorte qu'en la palpant on a la sensation que donne le toucher du nez du chien ou de la peau d'un batracien. La langue est bleuâtre et froide, la soif est vive, les vomissements sont en général plus rares que dans la période précédente ; les selles, involontaires, sont souvent formées par un liquide rougeâtre et fétide ; la voix est éteinte, l'haleine des malades est froide ; l'air expiré contient parfois davantage d'oxygène que chez les sujets sains, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Davy, expériences dont M. Rayer a vérifié l'exactitude pendant l'épidémie de 1832. A cette même période, la dyspnée et l'oppression augmentent ; le pouls devient imperceptible ; il en est parfois de même des battements du cœur ; la circulation semble alors interrompue ; c'est ainsi qu'on a pu couper en travers une artère volumineuse sans qu'il s'en écoulât du sang. Si on ouvre une veine, ce n'est que par des pressions réitérées qu'on parvient à se procurer quelques cuillerées de sang noir, foncé, visqueux, se coagulant en masse et retenant tout ou presque tout son sérum. Le sang offre une température inférieure de 4 à 5° Réaumur à celui qui est fourni par d'autres malades. Tous les sens sont affaiblis ou perdus ; l'ouïe notamment est dure, la vue est trouble et la sensibilité tactile abolie. Cependant, malgré l'ensemble de symptômes aussi fâcheux, les facultés intellectuelles persistent

intactes : il est rare, en effet, qu'il y ait du délire. C'est au milieu de ces désordres que les malades succombent le plus souvent. La mort arrive tantôt lentement et après agonie, tantôt elle a lieu tout à coup comme si elle était due à une syncope. Tels sont les accidents qui caractérisent cette seconde période du choléra grave à laquelle on a donné les noms d'*algide*, de *bleu*, de *cyanique* ou d'*asphyxique*, en raison du refroidissement du corps, de la couleur violacée de la peau et des phénomènes d'asphyxie qui prédominent.

Lorsque le malade ne succombe pas à la période algide, la maladie change bientôt de physionomie : ainsi le froid disparaît peu à peu ; le pouls devient perceptible, puis il reprend sa force et son volume; la cyanose diminue, ainsi que l'amaigrissement ; la face se colore, les yeux s'injectent, la voix prend de la force, la sécrétion urinaire se rétablit ; enfin le sang reprend peu à peu ses qualités normales, et il contient d'autant plus de sérum qu'on s'éloigne davantage du début de la réaction. L'ensemble de ces phénomènes caractérise la période dite de *réaction du choléra*, à laquelle on voit immédiatement succéder la convalescence, lorsqu'aucun accident ne vient l'entraver. La réaction n'est pas, en effet, toujours aussi franche : ainsi il est des malades chez lesquels elle est *incomplète*, c'est-à-dire qu'après s'être établie en partie, elle est remplacée bientôt par de nouveaux symptômes algides qui emportent presque tous les sujets. Chez d'autres, la réaction se complique d'accidents typhoïdes : ainsi chez les uns la fièvre s'allume ; la langue devient sèche, rude, noire ; les dents s'encroûtent de fuliginosités ; la soif est vive ; les malades sont tourmentés par un hoquet continuel ; la face est hébétée, frappée de stupeur ; les malades tombent dans le coma ou dans un état de subdélirium ; il y a des roideurs, des contractures, des soubresauts de tendons ; enfin, au bout de cinq, six, huit ou dix jours au plus, la mort survient. Quelques malades pourtant guérissent ; mais leur rétablissement est lent et très difficile. Pendant la réaction, les évacuations intestinales, ainsi que les vomissements, ont cessé. Cependant il arrive parfois que ces derniers persistent, alternent avec le hoquet, et tourmentent beaucoup les malades ; ils s'accompagnent alors de douleurs cardiaques, de beaucoup d'anxiété, et finissent souvent par amener la mort. Enfin, c'est encore pendant la réaction que surviennent la plupart des complications, telles que des congestions ou des inflammations, spécialement du côté des méninges, du cerveau et des poumons, ainsi que diverses éruptions cutanées (rougeole, scarlatine, roséole, urticaire). On a observé quelquefois des parotides.

Les symptômes précédents ne se succèdent pourtant pas toujours dans l'ordre que je viens d'indiquer : ainsi nous avons vu assez souvent, en 1832, la maladie débuter brusquement par les symptômes les plus graves qui caractérisent l'état algide : on disait alors que le choléra était *foudroyant ;* chez d'autres, la maladie présentait ses symptômes ordinaires, à l'exception pourtant des vomissements et des selles qui manquaient, quoique du fluide cholérique eût été exhalé en abondance dans les intestins, comme l'inspection cadavérique le démontrait.

Durée. — Le choléra a donc une marche plus ou moins rapide ; il peut parfois tuer en quelques heures; mais sa durée moyenne est d'environ soixante heures; assez souvent la vie se prolonge pendant un septénaire, mais il est rare que les malades luttent plus de douze jours. Toutes choses égales d'ailleurs, on a trouvé que la durée de la maladie était en raison directe des forces des malades.

La convalescence est plus ou moins rapide; en général, elle est lente et exige beaucoup de soins, car des rechutes ont quelquefois lieu; d'autres malades conservent pendant un temps plus ou moins long de la dyspepsie, divers troubles des organes digestifs, tantôt permanents, ne se manifestant chez d'autres qu'à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Diagnostic. — En ayant égard à la nature des vomissements et des selles, au refroidissement de la langue et de toute la surface du corps, à l'anéantissement du pouls, à la coloration bleuâtre ou cyanique, aux crampes, à la suppression de l'urine, à l'aphonie, il est impossible qu'on confonde le choléra épidémique avec aucune autre affection connue. L'empoisonnement par les substances caustiques, et surtout l'empoisonnement par l'arsenic, est la seule maladie qui pourrait simuler le choléra asiatique. Lorsque, en effet, la quantité d'acide arsénieux ingérée est considérable, on peut observer le refroidissement du corps, l'état cyanique de la face et des extrémités, l'altération de la voix, la dyspnée, la rareté et la suppression de la sécrétion urinaire; mais les évacuations alvines, qui sont noires et sanguinolentes, et les vomissements de matières âcres, bilieuses et également sanguinolentes, mettront sur la voie pour reconnaître la cause des accidents, indépendamment des lumières qui seront fournies par les commémoratifs. D'ailleurs, en tout état de choses, s'il y a incertitude, l'analyse chimique des déjections et des matières vomies dissipe bientôt tous les doutes.

Pronostic. — Le choléra asiatique est une maladie très grave, et qui a exercé de grands ravages partout où elle a sévi, puisqu'elle a communément fait périr la moitié de ceux qu'elle a atteints. Elle a paru plus fâcheuse aux deux extrêmes de la vie, et a été plus meurtrière chez l'homme que chez la femme. Les accidents ont toujours été plus graves au début de l'épidémie que vers son déclin. Lorsque les malades deviennent froids, cyanosés et sans pouls, le péril est grand. Une réaction qui n'est pas très intense, qui est complète et qui se soutient, doit faire espérer une heureuse terminaison.

Étiologie. — Le choléra dont nous parlons est endémique dans l'Inde; ce n'est qu'accidentellement qu'on le voit en Europe. Cependant, depuis l'épidémie de 1832, il n'est pas d'années où nous n'en ayons rencontré plusieurs cas, généralement bénins, ce qui nous porterait à penser que le choléra asiatique est désormais une affection définitivement importée dans notre continent.

Pour expliquer la marche et les progrès de cette maladie, on a invoqué toutes les causes occultes par lesquelles on a prétendu expliquer de tout temps l'apparition des maladies épidémiques. Il est inutile de les énumérer.

La contagion, par laquelle quelques personnes ont voulu expliquer la marche et la propagation de la maladie, a compté peu de partisans, surtout en France, car la plupart des faits que nous avons recueillis à Paris étaient entièrement opposés à cette doctrine. Il est inutile de discuter plus longtemps la cause première du choléra; nous dirons pourtant qu'en considérant que la maladie a sévi dans les pays les plus divers, au milieu des conditions hygiéniques les plus opposées, il est rationnel de supposer l'existence d'une cause spécifique probablement répandue dans l'atmosphère; mais nous ne pouvons avoir à ce sujet aucune démonstration. Quoi qu'il en soit, on a vu l'influence épidémique s'exercer, non seulement sur l'homme, mais encore sur plusieurs classes d'animaux, spécialement chez les bêtes à cornes, les volailles et même les poissons. En général, le choléra n'a pas envahi brusquement un pays; mais il y a été le plus souvent précédé de divers états morbides régnant épidémiquement, tels que fièvres intermittentes, dyssenteries, diarrhées ou embarras gastriques.

Enfin, pendant le règne de la dernière épidémie, on a noté que certaines causes prédisposaient davantage à la maladie, et que d'autres pouvaient en provoquer le développement. Parmi les premières on a surtout cité l'encombrement et le non-renouvellement de l'air (Piorry), l'habitation des lieux humides, l'âge adulte, le sexe féminin, la misère, les privations, les excès, les travaux rudes, les peines morales. Les causes occasionnelles qui ont paru agir le plus souvent sont les refroidissements, les excès, les indigestions, etc.

Traitement. — On a préconisé contre le choléra presque tous les agents dont la thérapeutique dispose. Tout le monde avait voulu d'abord trouver un spécifique : cependant l'expérience a prouvé qu'on ne pouvait opposer au choléra une méthode uniforme de traitement, et que celui-ci devait varier suivant une foule de circonstances, et surtout d'après l'état symptomatique. Ainsi dans les prodromes, lorsqu'il existe cet ensemble de symptômes auxquels on a donné le nom de cholérine, il faut prescrire le repos au lit et la diète, l'usage de lavements mucilagineux, de boissons gommées ou légèrement aromatiques, mais surtout l'emploi de l'opium, que l'on administre par la bouche ou en lavement. Les pédiluves ou les cataplasmes sinapisés sont utiles pour diminuer la céphalalgie. Enfin, lorsque le pouls offre de la résistance, la peau une chaleur fébrile, lorsque le ventre est le siége de coliques, on doit retirer une certaine quantité de sang par la saignée du bras, et mieux encore par l'application d'un certain nombre de sangsues. Si au contraire il y a beaucoup d'affaissement, si le pouls est faible, il faut insister davantage sur les boissons un peu aromatiques, donner aussi quelques antispasmodiques, spécialement le sirop d'éther. Les moyens précédents conviennent aussi en général dans la seconde période de la maladie, pendant laquelle quelques personnes ont préconisé l'ipécacuanha et les purgatifs salins, dans le but surtout de diminuer les évacuations. Le vomitif a généralement produit d'assez bons résultats dans l'épidémie de 1832; les purgatifs salins ont été d'un emploi moins fréquent,

du moins en France : aussi leur action n'a pas encore été suffisamment appréciée.

Dans cette même période, lorsque les évacuations sont abondantes et les accidents nerveux prédominants, lorsqu'enfin le pouls devient presque imperceptible et que le sang stagne à la périphérie du corps ainsi que dans les parenchymes, il faut se hâter de donner des boissons stimulantes, telles que les infusions chaudes de camomille, d'arnica, de café, de menthe, de thé, les vins alcooliques et même l'eau-de-vie ; on excite la circulation et la calorification par les frictions sèches et irritantes, et mieux encore par l'application permanente de sinapismes, et d'une chaleur artificielle à l'aide de boules, de briques chaudes ou de sachets de sable. Les émissions sanguines sont alors presque toujours nuisibles. D'ailleurs, le plus souvent il serait impossible de retirer du sang en raison de la coagulation de ce liquide dans les vaisseaux.

L'énergie de ces moyens doit diminuer au fur et à mesure que la réaction survient. Lorsque celle-ci est complète et modérée, on doit se borner à prescrire au malade des boissons douces, acidulées, tempérantes ; si la réaction est incomplète, si un peu de cyanose persiste, on insistera sur le traitement stimulant et tonique ; lorsqu'au contraire la réaction est trop vive, il faut la modérer par l'emploi des antiphlogistiques, par la saignée générale ou locale ; mais il faut n'employer ces moyens qu'avec la plus grande prudence et avec beaucoup de réserve. Le régime antiphlogistique combiné avec les révulsifs et les vésicants convient encore dans la première période de la réaction typhoïde ; mais lorsque les symptômes adynamiques prédominent, il faut revenir encore à l'emploi des toniques, et surtout du quinquina.

Il n'existe aucun moyen prophylactique contre le choléra ; les lazarets et les quarantaines ont été aussi inutiles que les fumigations de chlore, et que l'emploi du camphre, des aromatiques, des désinfectants, etc.

Nature. — Il est inutile de discuter ici la valeur de toutes les opinions qu'on a émises sur la nature du choléra asiatique. On l'a considéré comme une irritation ou une inflammation gastro-intestinale, opinion que l'ouverture des cadavres ne confirme pas. D'autres y ont vu une asphyxie, un empoisonnement, une fièvre algide, une altération de l'innervation générale ou du système du grand sympathique. Mais ce sont là tout autant d'hypothèses, et dans l'impossibilité où nous sommes de pénétrer la nature intime de la maladie, nous devons, pour la classer convenablement dans le cadre nosologique, avoir surtout égard au symptôme prédominant, c'est-à-dire à l'exhalation intestinale : voilà pourquoi nous avons rangé le choléra asiatique dans la classe des sécrétions morbides.

DE L'HYDRO-ENTÉRORRHÉE.

Un flux de liquide transparent complétement aqueux et sans mélange de bile ou de mucosités peut s'effectuer par l'anus. Ainsi chacun sait que Morgagni, voyageant en poste pour aller visiter un cardinal malade,

éprouva des déjections formées par un liquide presque limpide. Des faits semblables ont été rapportés par Mar. Donatus, Car. Piso et Poterius. Il y a peu d'années, un des médecins les plus recommandables de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont je m'honore d'être l'élève, a éprouvé, à la suite d'une commotion violente occasionnée par une chute, l'accident que Morgagni avait observé sur lui-même. Dans tous ces cas la maladie eut une durée courte, excepté pourtant chez le médecin de l'Hôtel-Dieu, qui éprouva l'évacuation séreuse à diverses reprises pendant plusieurs mois consécutifs. La quantité de liquide évacué fut plus ou moins considérable : Morgagni en rejeta 8 kilogrammes en douze heures; chez le malade de Poterius la quantité s'éleva à 20 kilogrammes dans l'espace seulement de vingt-quatre heures. Cette excrétion ne s'accompagne presque d'aucune douleur de ventre; parfois même, comme je l'ai vu chez le médecin de l'Hôtel-Dieu, il n'y a aucune espèce de souffrance ; mais les malades sont tous très affaiblis: ainsi Morgagni rapporte qu'il devint aussi maigre qu'il l'eût été après une longue et grande maladie ; chez tous cette faiblesse persiste, en général, pendant un temps assez long.

Il est impossible de déterminer quel est l'organe qui a sécrété le liquide. Quelques personnes ont cru que c'était le pancréas; mais rien jusqu'à présent ne peut justifier cette opinion, et il n'est aucune raison plausible qui puisse faire attribuer le flux séreux plutôt au pancréas qu'à l'appareil folliculaire du canal intestinal.

On peut rapprocher des cas précédents certains flux séreux des organes digestifs, qui ont jugé plusieurs hydropisies. Ainsi on a vu des individus être débarrassés d'anasarque après avoir éprouvé des vomissements abondants, et des déjections d'une sérosité claire, citrine, onctueuse; évidemment il y a eu ici une métastase, et tout porte à penser que le fluide résorbé a été exhalé par la muqueuse gastro-intestinale. Les auteurs parlent encore de quelques autres flux séreux sur la nature desquels nous ne possédons aucuns renseignements précis, et dont l'existence est tout au moins problématique. Telles sont, par exemple, ces diarrhées que l'on a dit être produites par l'urine, le lait, ou par une matière graisseuse.

On n'est pas encore fixé sur le mode de traitement qu'il convient d'adopter contre les flux séreux des organes digestifs. Il en est qu'il faut respecter; tels sont ceux qui jugent une maladie grave, comme une hydropisie. Quant au flux séreux dont Morgagni fut lui-même affecté, nous croyons que lorsqu'il a lieu exclusivement par l'anus, l'ipécacuanha peut le diminuer ou le suspendre; dans le cas contraire, un purgatif pourrait avoir le même effet. Quand les flux ne sont effectués à la fois par haut et par bas, les évacuants sont nuisibles : il paraît que dans ce cas on a retiré de bons effets des cordiaux et des calmants à l'intérieur, en même temps que des révulsifs étaient promenés à la surface du corps.

EXHALATIONS SÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Les organes génitaux de la femme sont parfois le siége d'une exhalation séreuse qui peut s'effectuer pendant l'état de vacuité de l'organe ou pendant la grossesse ; dans l'un et l'autre cas, on voit tantôt le fluide séreux être évacué au dehors, tantôt être retenu dans la cavité utérine. Les exemples de flux aqueux par les organes sexuels de la femme sont excessivement rares. Fernel, Baudelocque et plusieurs autres ont cité néanmoins des faits prouvant que les femmes ont pu, pendant plusieurs années consécutives, rendre, vers chaque époque menstruelle, quelques litres d'un fluide aqueux, sans qu'il en résultât aucun dérangement grave de la santé : tout au plus si les malades accusaient alors un léger malaise et un sentiment de chaleur ou de cuisson vers les parties sexuelles, sans changement notable dans la forme et le volume de l'utérus. Ceci exclut l'idée qu'avait Désormeaux que les liquides étaient accumulés et retenus quelque temps dans l'utérus avant d'être excrétés, comme cela arrive dans la maladie que nous décrirons bientôt sous le nom d'*hydromètre.*

Il faut rapprocher de la maladie précédente le flux aqueux qu'on observe chez quelques femmes grosses, surtout dans les derniers temps de la gestation : c'est ce que les accoucheurs désignent sous les noms d'*hydrorrhée* ou de *fausses eaux.* Le liquide s'échappe goutte à goutte ou par flots, sans souffrance pour les malades, et indépendamment de toute contraction utérine. L'écoulement se fait souvent pendant le repos de la nuit : cependant, règle générale, les mouvements du corps et les émotions le provoquent ou l'excitent. Le plus souvent ce flux n'exerce aucune influence fâcheuse sur la grossesse. Les auteurs ont fait beaucoup de suppositions pour expliquer l'origine des fausses eaux ; les uns ont cru qu'elles provenaient d'une hydatide rompue ou de l'allantoïde, les autres les font venir de l'amnios, soit que les membranes se soient déchirées, soit que le liquide ait filtré à travers elles. Cependant Nægele a émis une opinion qui nous paraît devoir être adoptée ; cet illustre accoucheur pense que le liquide est exhalé par la face interne de l'utérus, et qu'il s'accumule pendant quelque temps entre elle et les membranes décollées ; puis, la quantité de l'épanchement augmentant, les membranes sont décollées jusqu'au col utérin, à travers lequel le liquide s'écoule. Lorsque cet accident a lieu, on devra conseiller le repos dans la position horizontale.

Le plus fréquemment, le liquide séreux exhalé dans l'utérus, surtout pendant l'état de vacuité, est retenu pendant un temps plus ou mois long dans l'intérieur de l'organe, avant d'être évacué au dehors ; l'utérus augmente alors de volume et se distend. C'est à cette accumulation de sérosité qu'on a donné les noms d'*hydromètre*, d'*hydrométrie*, d'*ascite* ou d'*hydropisie de l'utérus*, maladie excessivement rare, niée même par quelques uns, mais dont l'existence néanmoins nous paraît établie par des faits incontestables. Nous ne distinguerons que deux espèces d'hydrométrie,

suivant que l'accumulation de sérosité s'opère dans un utérus vide ou dans l'organe distendu par le produit de la conception. Nous ne parlerons donc point ici de l'hydromètre *hydatique* d'Astruc et de Sauvages, car c'est une maladie essentiellement distincte de celle dont il s'agit ici, puisqu'elle est constituée par la présence d'une ou plusieurs hydatides dans la cavité de l'organe. (Voir dans le t. II l'histoire des hydatides.) Enfin, à l'exemple de M. P. Dubois, nous n'admettons pas l'*hydromètre celluleuse* de J.-P. Frank dans laquelle le liquide serait épanché dans les parois utérines, opinion que cet illustre médecin n'a appuyée que sur un fait incomplet, lequel nous paraît être d'ailleurs un cas de kyste hydatique développé dans l'épaisseur des parois ou dans la cavité même de l'utérus.

1° *Hydromètre hors l'état de grossesse. — Symptômes et marche.* — Pour que de la sérosité s'accumule dans la cavité de l'utérus hors l'état de grossesse, il faut le concours de deux circonstances, savoir : l'occlusion de l'orifice utérin et une augmentation de la sécrétion utérine. Le col de l'utérus peut cesser d'être perméable par suite d'une inflammation adhésive ou de l'engorgement et de la dégénérescence squirrheuse de ses parois, de leur compression par une tumeur extérieure ; ou bien encore l'orifice peut être bouché par une membrane, par un polype, par un caillot fibrineux, par du mucus épais, tenace, etc. On a aussi admis qu'un resserrement spasmodique du col pouvait produire le même effet ; mais rien ne justifie cette opinion, qui d'ailleurs est très peu probable. Quoi qu'il en soit, lorsque les conditions organiques que je viens d'indiquer existent, si la face interne de l'utérus devient le siége d'une exhalation séreuse ou séro-muqueuse, une sorte d'hydropisie a lieu. Jusqu'à présent, il a été impossible de découvrir quelles sont les causes qui favorisent ou déterminent cette supersécrétion.

Symptômes. — Lorsqu'une certaine quantité de liquide s'accumule dans l'utérus, celui-ci offre un volume proportionné à l'abondance de l'épanchement ; l'hypogastre est saillant ; de la pesanteur et des tiraillements se font sentir aux aines et vers les reins. En palpant l'abdomen, on sent une tumeur plus ou moins volumineuse située sur la ligne médiane ; elle est entièrement mate et fluctuante ; le doigt, introduit dans le vagin, et porté jusque sur le museau de tanche, imprime des mouvements à cette tumeur, et il est facile de s'assurer qu'elle est constituée par le corps même de l'utérus. Les règles sont généralement supprimées, surtout si la maladie est ancienne. Lorsque celle-ci ne se rattache à aucune lésion organique grave, les femmes peuvent conserver leur embonpoint et leurs forces ; elles n'éprouvent d'autres incommodités que celles qui résultent d'une augmentation dans le volume du ventre produite par une tumeur qui, en comprimant les vaisseaux du bassin, peut finir par amener l'infiltration séreuse des membres inférieurs. Après un temps plus ou moins long, le liquide peut s'écouler au dehors, tantôt peu à peu, d'autres fois brusquement. Il est rare qu'il soit complétement séreux : le plus souvent, en effet, il est mêlé à des mucosités et à des caillots fibrineux, ou du moins il est plus ou moins coloré par du sang. Cependant nous n'avons encore à ce sujet

que des renseignements peu précis. Enfin, le liquide une fois évacué, l'utérus revient peu à peu à son volume normal. Une guérison radicale peut alors avoir lieu, à moins que la cause première ne persiste : dans ce cas, la maladie récidive.

Suivant M. Jobert, l'hydrométrie pourrait être bornée au col utérin. Cette partie serait alors tuméfiée, son orifice serait oblitéré, et il s'en écoulerait de temps en temps un liquide séreux plus ou moins abondant. C'est là un point de pathologie encore peu connu et qui attend de nouvelles recherches.

Diagnostic. — L'hydrométrie pourrait être confondue avec la grossesse, avec les tumeurs solides de l'utérus, avec la physométrie, les kystes des ovaires, avec l'ascite et la distension de la vessie. L'ampliation de l'utérus par de la sérosité peut s'accompagner de la suppression des règles, d'un bruit de souffle abdominal à cause de la compression exercée sur les vaisseaux, d'une augmentation dans le volume des seins, et de quelques phénomènes sympathiques qui pourraient simuler la grossesse. Cependant on ne distingue pas, comme dans celle-ci, ni le ballottement ni les battements du cœur du fœtus ; enfin, on détermine la fluctuation, ce qui n'a pas lieu dans l'état de grossesse simple. Les tumeurs squirrheuses ou fibreuses étant dures, bosselées et très pesantes, ne pourront jamais être prises pour une hydromètre. Nous verrons, plus tard, qu'il est facile de distinguer la maladie de la physométrie et des kystes de l'ovaire. Le diagnostic différentiel de l'ascite et de l'hydromètre ne présente aucune difficulté ; car, dans la première, la fluctuation est superficielle, tandis qu'elle est profonde dans l'autre. On peut déplacer la matité de l'ascite, tandis qu'il est impossible de le faire dans l'hydropisie de l'utérus ; la forme de la tumeur, sa situation près de la ligne médiane et les résultats du toucher par le vagin et le rectum, permettront d'établir le siége véritable de la maladie. Enfin, c'est par les mêmes éléments de diagnostic qu'on distingue aisément l'hydromètre d'une tumeur de la vessie. Le diagnostic de l'affection une fois établi, il faut encore rechercher par l'étude des antécédents, et surtout à l'aide du toucher et du spéculum, si l'hydromètre se lie à quelque lésion organique. Cette connaissance importe beaucoup pour le pronostic et pour la thérapeutique.

Pronostic. — Le pronostic est favorable si l'utérus est sain. Il est grave si l'hydromètre est symptomatique d'une lésion organique.

Traitement. — Tout le traitement consiste à évacuer directement le liquide. On conseillera d'abord les injections et les bains pour ramollir le col ; puis on introduira dans celui-ci un morceau d'éponge sèche, qui, en s'imbibant, dilatera l'orifice. Il suffit aussi parfois d'une forte pression sur l'utérus ou d'une secousse violente, telle que celle que des vomissements produisent, pour amener l'écoulement rapide du liquide épanché. On a encore conseillé d'introduire sans efforts une sonde, un stylet, pour déplacer une tumeur ou vaincre un obstacle peu résistant. Enfin, dans les cas extrêmes, on a dit d'inciser ou de ponctionner le col ; mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur l'utilité de ce moyen. Quoi qu'il en soit, le

liquide étant évacué, on cherchera à empêcher une nouvelle exhalation, en comprimant le ventre et en excitant d'autres sécrétions.

2° *Hydromètre pendant la grossesse.* — Cette espèce d'hydromètre est constituée par une augmentation plus considérable que de coutume du fluide amniotique. On ignore absolument les causes qui produisent cette supersécrétion; toutefois, dans quelques cas, elle a paru être le résultat de la pléthore sanguine. Rare avant le cinquième mois, on l'a surtout observée dans les grossesses doubles. La maladie est caractérisée par le volume insolite de l'utérus, qui, au cinquième mois de la grossesse, peut être aussi distendu qu'au neuvième; on l'a vu alors contenir jusqu'à 50 litres de liquide, en tout semblable à l'eau de l'amnios. Cependant cette distension extrême de l'utérus a souvent pour effet de provoquer l'avortement; d'autres fois la grossesse arrive à terme, mais le fœtus naît faible, chétif; enfin beaucoup d'enfants meurent dans l'utérus, et sont expulsés plus ou moins longtemps après. L'hydropisie de l'amnios n'a guère d'effets fâcheux que pour le fœtus.

L'art est à peu près impuissant contre cette maladie. Lorsque, la distension de l'utérus étant considérable, les femmes éprouvent une grande anxiété, lorsque les digestions et l'hématose sont troublées ou empêchées par la compression et le refoulement vers la poitrine de l'estomac et du diaphragme, il devient urgent d'évacuer les eaux de l'amnios. Pour cela, on ponctionnera la poche amniotique par le vagin et à travers le col, ce qui est sans contredit préférable à la ponction faite entre l'ombilic et le pubis, conseillée par Camper et par Scarpa.

Deuxième genre de sécrétions morbides.

DES SÉCRÉTIONS MUQUEUSES.

Le fluide sécrété par les membranes muqueuses peut être exhalé en plus grande abondance; c'est à cet accroissement de la sécrétion muqueuse que les anciens ont donné le nom de *catarrhe*.

Ce mot *catarrhe* n'a exprimé, pendant plusieurs siècles, qu'une idée hypothétique et vraiment absurde. Les médecins grecs et leurs successeurs supposaient, en effet, qu'une matière morbide exhalée dans la tête se dirigeait ensuite vers une muqueuse : cependant, depuis F. Hoffmann, les flux muqueux ont été étudiés et interprétés d'une manière plus rationnelle. Ainsi ce médecin regardait ces sécrétions morbides comme se rattachant à une lésion spéciale de la muqueuse, ou comme étant l'effet, la conséquence d'une altération des fluides : enfin la généralité des pathologistes modernes les ont décrites comme étant une affection primitive de l'organe sécréteur lui-même. Mais on a cessé d'être d'accord lorsqu'il s'est agi de déterminer la nature de la maladie. Pour les uns, le mot catarrhe ne signifie autre chose qu'une inflammation aiguë ou chronique d'une membrane muqueuse, tandis que d'autres l'ont réservé pour désigner un flux muqueux survenant

indépendamment de tout travail inflammatoire appréciable : c'est le sens que nous lui attachons. Dans l'état actuel de la science, le mot catarrhe doit donc donner l'idée d'une augmentation accidentelle dans la sécrétion des follicules muqueux, sans que ceux-ci soient actuellement le siége d'un travail inflammatoire.

Les anciens pyrétologistes avaient invoqué cette altération de la sécrétion muqueuse comme constituant le caractère essentiel de certains états fébriles distincts ; telles étaient les fièvres catarrhale, muqueuse, pituiteuse. Dans la première il existait une affection bornée à la membrane pituitaire et aux bronches, tandis que, dans les autres, l'altération occupait en outre la muqueuse des organes digestifs. Cependant, si on consulte les principales relations d'épidémies qui nous ont été transmises, on voit que, sous les noms de fièvre catarrhale, muqueuse ou pituiteuse, les médecins avaient bien moins décrit une maladie spéciale que des maladies diverses régnant sous une même constitution épidémique. D'ailleurs, si dans la fièvre catarrhale simple il existait une altération manifestement inflammatoire de plusieurs muqueuses, spécialement de celle des yeux, du nez, de la gorge et des voies aériennes, l'affection de ces tissus était bien moins évidente, et le plus souvent même elle était contestable dans les fièvres dites muqueuses ou pituiteuses, ou bien si elle existait, elle n'était qu'un épiphénomène d'un état général. En effet, les formes graves de ces prétendues fièvres catarrhales appartiennent manifestement à notre affection thyphoïde. Enfin il est bien certain, comme l'a dit avec raison M. Littré, que, dans un grand nombre de cas, une maladie a été dite catarrhale, non en raison des symptômes qu'on observait du côté des membranes muqueuses, mais d'après la considération d'une cause hypothétique, dite catarrhale, dont on admettait gratuitement l'existence.

Les catarrhes, surtout quand ils sont chroniques, sont le plus souvent primitifs ; mais quelquefois ils succèdent manifestement à une inflammation aiguë qui s'est éteinte et a laissé après elle, dans la muqueuse, une exagération de la sécrétion naturelle du tissu, une sorte d'habitude morbide.

Le catarrhe est caractérisé par l'écoulement plus ou moins abondant d'un liquide incolore, filant, visqueux ou bien floconneux, qui, à mesure que la maladie est plus ancienne, devient plus épais, jaunâtre, verdâtre, puis opaque, et prend enfin un aspect purulent dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, une altération grave de structure est survenue dans le tissu, ou lorsque celui-ci est frappé d'inflammation. Le fluide sécrété exhale une odeur fade, rarement fétide ; il est le plus souvent alcalin, parfois il est acide. Vu au microscope, il est tantôt homogène, tantôt il se compose de globules tout à fait semblables à ceux du pus ; de là la difficulté et même l'impossibilité de différencier ces deux espèces de liquides. Les flux muqueux s'accompagnent de troubles variables, suivant la muqueuse affectée, suivant l'abondance de l'écoulement, suivant son ancienneté et sa durée. La sécrétion muqueuse ne détermine souvent aucune douleur ; d'autres fois l'organe exhalant est le siége d'un peu de chaleur et de prurit ; mais on n'observe presque jamais de symptômes de réaction, ou du

moins, quand il en existe, ils sont très faibles et tout à fait éphémères. Lorsque l'écoulement est ancien et considérable, on voit ces individus pâlir et tomber dans un état de langueur; les chairs sont flasques; la peau se décolore; les digestions se troublent; la fièvre hectique s'allume quelquefois; enfin les malades peuvent succomber par épuisement.

Les flux muqueux ont une marche très irrégulière : ils sont sujets à des exacerbations que rien souvent n'explique, et dont on trouve la raison parfois dans un refroidissement du corps ou dans un abaissement de la température, surtout si elle est en même temps humide : aussi les catarrhes s'aggravent-ils pendant l'automne et l'hiver, tandis que les saisons et les climats chauds les diminuent généralement, ou quelquefois même les font cesser tout à fait.

Les flux muqueux ont une durée variable : ils persistent rarement moins d'un septénaire; ils sont sujets à récidiver, et finissent par passer à l'état chronique; leur durée est alors indéterminée. Beaucoup d'entre eux sont compatibles avec un état de santé parfaite; ils finissent par devenir constitutionnels, et forment alors une sorte d'émonctoire qu'il faut surveiller, et dont la suppression trop brusque pourrait parfois entraîner de graves accidents.

L'absence de douleur vive et de fièvre, le début souvent brusque de la sécrétion muqueuse, ou du moins les variations presque instantanées qu'elle présente, sont tout autant de caractères qui distinguent les flux muqueux des inflammations des membranes muqueuses. Ajoutons à cela que lorsque la sécrétion n'est pas excessive, les catarrhes sont généralement compatibles avec la santé; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que plusieurs troublent à peine, ou même ne troublent pas les fonctions de l'organe qui en est le siége; nous avons vu qu'il n'en était pas de même de l'inflammation. L'affection catarrhale n'est pas pourtant toujours simple : quelquefois, en effet, elle est symptomatique, ou du moins elle coexiste avec quelque grave altération de texture. On soupçonne une pareille complication lorsque l'amaigrissement n'est en rapport ni avec l'ancienneté ni avec l'abondance de l'écoulement; lorsqu'il existe des douleurs vives, ou bien encore lorsque le mucus sort mélangé à du sang noirâtre; lorsqu'il est opaque, ou qu'on aperçoit à sa surface des stries étroites, irrégulières et opaques, qui paraissent produites par de la matière purulente. La distinction du pus et du mucus n'est pourtant pas chose toujours facile. Si le mucus est filant, transparent, non miscible à l'eau, on ne pourra certainement pas le confondre avec du pus blanc, opaque, formant émulsion avec l'eau et se précipitant par le repos; mais les cas embarrassants sont ceux où la membrane muqueuse exhale un fluide qui a la consistance du mucus et la couleur du pus. Pour résoudre ce problème, on a proposé l'inspection microscopique et une foule d'expériences chimiques; mais nous avons vu que si quelque mucus, comme celui de l'utérus, est homogène et dépourvu de globules, tous les autres contiennent des globules identiques avec ceux du pus : ils sont seulement un peu moins nombreux. Les expériences chimiques n'ont fourni non plus,

jusqu'à présent, que des données très incertaines. D'ailleurs, comme le dit avec beaucoup de raison M. le professeur Bérard, ces recherches n'offrent aucune utilité ; car on peut, à la simple inspection, dire si le mucus est mélangé ou non à du pus. Si, en effet, une muqueuse fournit un liquide ayant encore une certaine viscosité ; si, sans être diffluent, comme le pus, il donne néanmoins à l'eau à laquelle on le mêle une couleur blanc-jaunâtre ; si on y reconnaît un plus grand nombre de globules qu'il n'y en a normalement dans le mucus, il faut en conclure que le fluide qu'on examine est un mélange de pus et de mucus. A ce sujet, rappelons encore ici ce que nous avons dit ailleurs ; que la présence du pus n'indique pas nécessairement ni même ordinairement, comme on l'a cru pendant longtemps, que la membrane muqueuse est le siége d'une solution de continuité ; il faut seulement en conclure que le tissu est très probablement enflammé.

Le pronostic des affections catarrhales est plus ou moins grave suivant l'intensité, la durée, l'abondance de la sécrétion muqueuse, suivant son siége et ses complications.

Les affections catarrhales atteignent surtout les individus d'une constitution molle, lymphatique, les femmes et les enfants, les sujets affaiblis par les maladies, par les excès, par un régime débilitant. L'âge a une grande influence sur le siége de la maladie : ainsi, dans l'enfance, on observe surtout les catarrhes du nez, des yeux et des intestins ; chez l'adulte, on voit le catarrhe de l'estomac ; le vieillard est surtout sujet au catarrhe de la vessie et des bronches ; enfin, chez la femme, il n'est aucune membrane muqueuse qui soit aussi souvent affectée de catarrhe que celle du vagin et de l'utérus.

Il est rare que, même au début, les catarrhes s'accompagnent d'une réaction fébrile suffisante pour nécessiter l'emploi des antiphlogistiques. Dans ces cas une médication simplement émolliente suffit ; cependant, pour peu que l'écoulement se prolonge, il faut recourir aux ferrugineux, aux amers, aux aromatiques, aux balsamiques, aux résineux, donnés à l'intérieur en lotions, en injections ou en fumigations ; enfin, quand l'état des parties le permet, on doit modifier les surfaces par la cautérisation.

Nous ne comptons point, surtout après les généralités qui précèdent, poursuivre l'étude des flux muqueux dans toutes les membranes qui peuvent les fournir : ainsi nous ne dirons rien de la *rhinorrhée*, qui offre la plus grande ressemblance avec le coryza chronique, sauf qu'avec la sécrétion abondante de mucosités il n'existe aucun signe d'inflammation vers la muqueuse de Schneider. Nous omettrons aussi à dessein de parler de la *blennorrhée* ou flux urétral, car nous en traiterons plus tard à l'occasion des blennorrhagies. Les seuls flux muqueux dont nous croyons devoir nous occuper ici, parce qu'ils sont les plus importants, sont : la *bronchorrhée*, la *gastrorrhée*, la *diarrhée muqueuse*, la *leucorrhée* et le *catarrhe vésical*.

DE LA BRONCHORRHÉE.

SYNONYMIE. — Catarrhe pituiteux, phlegmorrhagie pulmonaire, flux bronchique.

La bronchorrhée est une maladie caractérisée par l'expectoration d'une quantité considérable de mucus incolore, filant, transparent, mêlé à des bulles d'air et semblable à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau : cette sécrétion se fait indépendamment de tout travail inflammatoire.

Historique. — Nous devons à Laënnec les premières notions que nous avons eues sur la bronchorrhée. Ce médecin éminent a décrit cette affection sous les noms de catarrhe *pituiteux* et de *phlegmorrhagie pulmonaire*. Bientôt après, M. Alard, dans son ouvrage *Sur la nature et le siége des maladies*, et M. Andral, dans sa *Clinique*, publièrent quelques observations dignes d'être consultées; mais c'est à M. Roche que revient l'honneur d'avoir tracé, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, une histoire assez complète de la maladie, et c'est avec raison qu'il l'a séparée de la bronchite. A ces divers travaux il est juste de joindre celui que Copland a publié en Angleterre.

Divisions. — La bronchorrhée existe à l'état aigu et à l'état chronique; cette division est la seule qu'on puisse raisonnablement admettre dans l'étude de cette affection ; elle est d'ailleurs adoptée par MM. Roche, Andral et G. Copland.

Anatomie pathologique. — On a très rarement l'occasion d'examiner quel est l'état des bronches dans la maladie dont je traite. Laënnec a prétendu que les caractères anatomiques de cette affection consistaient dans un gonflement médiocre de la muqueuse pulmonaire, qui lui a *semblé* un peu ramollie, et ne lui a présenté qu'une légère rougeur disséminée çà et là. Sous ce rapport, ajoute Laënnec, l'affection dont il s'agit semble être sur la limite qui sépare les congestions séreuses des congestions sanguines, et appartenir plutôt aux premières qu'aux dernières. Les renseignements que donne ici Laënnec sont, comme on le voit, peu précis. M. Andral, ayant eu occasion d'ouvrir plusieurs individus emportés dans le cours d'une bronchorrhée, a trouvé la membrane muqueuse pâle dans toute son étendue; c'est ce que j'ai observé moi-même une fois; la muqueuse bronchique, entièrement pâle, avait aussi son épaisseur et sa consistance normales. Ces faits nous autorisent donc à considérer la bronchorrhée comme une affection essentiellement distincte de la bronchite aiguë et de la bronchite chronique; cette opinion sera en outre bientôt confirmée par les symptômes aussi bien que par la marche de la maladie.

Symptômes. — Les symptômes et la marche de la bronchorrhée, ainsi que les agents thérapeutiques à lui opposer, diffèrent suivant que la maladie est aiguë ou suivant qu'elle est chronique.

1° *Symptômes et marche de la bronchorrhée aiguë.* — La bronchorrhée aiguë débute en général d'une manière presque soudaine; les malades accusent beaucoup de dyspnée, une grande oppression, un sentiment d'angoisse dans la poitrine ; celle-ci est agitée par les secousses d'une

toux sèche, pénible, presque convulsive; la sonorité est parfaite, mais l'auscultation fait découvrir presque partout des râles sibilants et ronflants, mêlés parfois à des râles humides, muqueux ou sous-crépitants. Ces troubles du côté de la respiration ne tardent pas à produire une congestion de la face avec teinte violacée et tuméfaction énorme des veines du cou ; alors les traits sont altérés, les extrémités sont froides, le pouls est petit, insensible, irrégulier; une sueur froide couvre le corps; il y a des vertiges, de l'accablement, des lipothymies; et souvent, au moment où la mort semble imminente, on voit les malades rejeter avec plus ou moins d'efforts une quantité considérable de crachats blancs, transparents, filants, mêlés à des bulles d'air et semblables à une solution concentrée d'albumine. Ces crachats sont rejetés après quelques secousses de toux, quelquefois presque spontanément et en si grande abondance que les malades semblent vomir. Cette excrétion peut continuer pendant plusieurs heures; rarement pendant un jour; elle cesse peu à peu après que les individus ont rejeté 3 ou 4 kilogrammes d'un fluide albumineux et sans qu'il y ait jamais existé de fièvre. L'excrétion terminée, il arrive parfois que les malades reprennent aussitôt toutes les apparences de la santé : cependant il est plus commun qu'ils conservent encore pendant un ou plusieurs jours un peu d'oppression et de toux, quelques râles secs disséminés dans la poitrine, de l'ardeur à la gorge, un peu de perte d'appétit et une grande fatigue. Les mêmes accidents se reproduisent au bout d'un temps plus ou moins long; il est fort rare que l'accès revienne après quelques jours; ordinairement il s'écoule plusieurs mois, une ou plusieurs années. On conçoit que, si la maladie se reproduisait à de courts intervalles et s'accompagnait chaque fois d'une sécrétion muqueuse très considérable, les malades éprouveraient de l'amaigrissement et les principaux symptômes de la fièvre hectique. Mais les cas de ce genre sont infiniment rares. On peut établir que la bronchorrhée aiguë n'a que deux modes de terminaison : 1° la guérison, qui arrive rapidement, presque sans convalescence, et c'est là le cas le plus ordinaire; 2° la mort qui survient par asphyxie, dans quelques circonstances exceptionnelles, lorsque l'exhalation est devenue tellement abondante dans les bronches que tout l'arbre aérien en est obstrué.

2° *Symptômes et marche de la bronchorrhée chronique.* — La bronchorrhée chronique, plus fréquente que la forme aiguë, est presque toujours consécutive au catarrhe pulmonaire chronique. Les caractères anatomiques de l'inflammation ont cessé pourtant, mais la sécrétion catarrhale persiste par suite d'une espèce d'habitude morbide des tissus. Il existe de la toux, une dyspnée plus ou moins forte, et des râles humides et secs dans la poitrine; enfin un état permanent de malaise. C'est ordinairement dans ces conditions qu'on voit s'établir, surtout pendant la nuit ou quelques heures après les repas, un flux bronchique muco-albumineux s'accompagnant d'oppression, de dyspnée, de toux; mais il est rare d'observer cet ensemble de symptômes si graves qu'on remarque communément dans la bronchorrhée aiguë. Dans cette forme de la maladie, les accès sont plus rapprochés; ils ont parfois lieu une ou deux fois toutes les vingt-quatre

heures. C'est ainsi qu'on voit des malades qui rejettent chaque jour 1 ou 2 kilogrammes de fluide muco-albumineux. Nonobstant cette sécrétion exagérée, la santé générale peut se maintenir : cependant ces pertes continuelles finissent, au bout d'un certain temps, par altérer la constitution. Ainsi les malades jaunissent, pâlissent ou prennent une teinte blafarde ; leurs forces diminuent, la dyspnée devient habituelle, ils maigrissent, l'appétit se perd, les digestions, s'altèrent une fièvre hectique s'allume, et ils succombent après être parvenus au dernier degré de marasme. D'autres meurent suffoqués par la grande quantité de fluide exhalé ; enfin, quelques uns sont emportés par une maladie intercurrente, comme la pneumonie ou une affection organique du cœur. La durée de la bronchorrhée chronique est longue et toujours indéterminée.

Diagnostic. — La bronchorrhée aiguë ou chronique diffère de la bronchite, 1° par son invasion, 2° par la nature albumineuse de l'expectoration, 3° par la quantité considérable de fluide évacué en peu de temps, 4° par la cessation rapide des accidents. La bronchorrhée a quelques points de ressemblance avec l'asthme humide, avec lequel elle est très souvent confondue ; mais nous verrons plus tard que les accès qui caractérisent l'asthme ne ressemblent pas à ceux de la bronchorrhée ; d'ailleurs la sécrétion bronchique diffère dans les deux maladies. Il est fort rare, par exemple, que celle qui forme la crise de certains accès d'asthme soit aussi abondante et aussi albumineuse que celle de la bronchorrhée. Enfin les phénomènes fournis par l'auscultation, la nature des symptômes généraux et la marche de la maladie ne permettront pas de confondre la bronchorrhée chronique ni avec la phthisie ni avec la dilatation des bronches (voir ces affections).

Pronostic. — Le pronostic de la bronchorrée aiguë n'est grave que dans les cas où, la sécrétion étant très abondante, les matières sont difficilement expulsées, ce qui peut occasionner la mort par asphyxie. La bronchorrhée chronique est, au contraire, d'un pronostic toujours fâcheux, car il est fort rare qu'on puisse la guérir complétement ; le plus souvent on ne fait que la pallier.

Étiologie. — La bronchorrhée n'affecte guère que les adultes et surtout les vieillards, les individus gros, replets, doués d'un tempérament lymphatique, ceux qui mènent une vie sédentaire ; les vieux goutteux y sont plus prédisposés. L'impression du froid, de l'humidité, une digestion pénible, des émotions morales, sont les causes déterminantes les plus communes de la bronchorrhée ; celle-ci survient ordinairement après des récidives fréquentes de catarrhe pulmonaire.

Traitement. — La bronchorrhée aiguë débute souvent par des accidents tellement graves qu'il devient urgent d'employer un remède actif pour prévenir une asphyxie imminente. On a conseillé dans ce cas de faire une saignée du bras ; mais ce moyen est rarement applicable, en raison de la faiblesse primitive du sujet ou de l'état actuel du pouls et des forces ; on n'y aura recours que chez les sujets jeunes, forts, et chez lesquels l'artère du bras présentera encore une certaine résistance. Dans tous les cas, la

saignée sera modérée, *exploratrice ;* on pourra la répéter si on en obtient des effets utiles.

Dans les conditions que je suppose ici, il est généralement préférable d'administrer un vomitif, surtout l'ipécacuanha, pris à doses fractionnées (25 ou 30 centigrammes tous les quarts d'heure), de manière à exciter des nausées continuelles, et par suite un état de secousse vers la poitrine et de compression des poumons, qui favorisent l'expulsion des matières sécrétées dans les bronches. Cependant, lorsque les accidents sont pressants, il faut donner d'emblée 1 gramme d'ipécacuanha, ou mieux encore 15 centigrammes d'émétique, pour produire promptement des évacuations par haut et par bas et un effet révulsif. C'est aussi pour obtenir un effet émétique que Copland conseille d'administrer 1 gramme 10 centigrammes de sulfate de zinc, et que d'autres ont préconisé l'emploi de la racine de violette en décoction (4 à 12 grammes dans 1,000 grammes d'eau); mais ces moyens n'ont pas d'avantages sur l'émétique, et leur effet est plus ou moins incertain. Quelle que soit la gravité des accidents, il faut chercher à opérer des révulsions, et surtout à exciter diverses sécrétions : c'est dans ce double but qu'on emploie les purgatifs et les diurétiques ; on y joint des sinapismes sur les extrémités et des ventouses sèches sur la peau du thorax. Enfin, dans les cas extrêmes, il ne faudrait pas hésiter à appliquer un ou plusieurs larges vésicatoires.

La plupart des moyens que je viens d'énumérer conviennent encore dans la bronchorrhée chronique, pour parer aux accidents aigus qui surviennent au moment où le flux s'établit ; mais, dans l'intervalle des accès, il faut chercher à prévenir ceux-ci par une bonne hygiène, ou en modifiant l'état organique de la muqueuse bronchique. Ainsi les malades éviteront toutes les causes de refroidissement ; ils mangeront modérément, surtout le soir ; mais leur nourriture sera substantielle, tonique, ils se couvriront de flanelle de la tête aux pieds ; ils mèneront une vie active ; on leur conseillera un purgatif de temps en temps, ou bien on établira un exutoire permanent au bras.

Pour modifier l'état sécrétoire de la muqueuse bronchique, on aura recours aux eaux minérales sulfureuses en boissons et en bains ; on conseillera l'usage à l'intérieur de l'eau de goudron, des baumes de copahu et de tolu, et de toutes les substances balsamiques et résineuses. Les malades peuvent même essayer d'inspirer certaines vapeurs, comme celle du goudron, du benjoin, ou des baies de genièvre. Enfin, lorsque les malades sont bouffis, pâles, étiolés, affaiblis, on administrera les ferrugineux et les toniques puissants, comme le quinquina.

Nature. — D'après les détails qui précèdent, il est évident que la bronchorrhée doit appartenir à la classe des flux ; l'exagération de sécrétion constitue ici le seul élément pathologique, le seul par conséquent qui puisse caractériser et classer la maladie. Invoquer un état d'irritation, c'est faire une hypothèse toute gratuite. Il est désormais prouvé que la bronchorrhée n'est pas une variété de la bronchite. Il ne faudrait pas trouver la preuve du contraire dans l'existence des râles secs, que nous avons signalés comme

constants, car ils s'expliquent par l'état de congestion momentanée que la muqueuse éprouve peut-être peu avant la sécrétion. Je dis peut-être, car cette congestion préalable n'est pas démontrée ; elle n'est pas non plus nécessaire. Il est possible d'ailleurs que les râles soient le résultat du rétrécissement des bronches produit par l'exhalation d'un mucus tenace : c'est même peut-être là l'explication la plus vraie du phénomène.

DE LA GASTRORRHÉE.

L'exhalation abondante d'un fluide muqueux à la surface de la membrane interne de l'estomac et son expulsion par le vomissement caractérisent l'affection connue sous le nom de *gastrorrhée*.

Cette maladie, encore peu étudiée, peut être *idiopathique* ou bien être *symptomatique*. Dans la première variété, il n'existe aucune lésion matérielle saisissable dans la texture de la membrane muqueuse de l'estomac qui explique l'exhalation ou sécrétion morbide dont elle est le siége.

Symptômes, *marche*. — Dans la gastrorrhée, on voit des individus, en apparence bien portants sous tous les rapports, rejeter de temps en temps, et après des efforts de vomissements, un liquide tout à fait aqueux, mais plus souvent visqueux, filant, transparent, semblable à du blanc d'œuf, insipide, rarement acide ou salé. Sa quantité varie ; elle peut n'être que de 50 à 60 grammes, ou bien s'élever jusqu'à 400 ou 500 grammes. Cette excrétion morbide se fait le plus souvent le matin à jeun ; plus rarement elle a lieu au milieu du jour ou bien une ou plusieurs heures après les repas, et dans ce dernier cas les aliments sont presque toujours retenus dans l'estomac, tandis que le fluide muqueux seul est expulsé. Chez la plupart des malades la gastrorrhée ne produit presque aucun trouble, même du côté des organes digestifs. Si quelquefois les vomissements sont précédés de malaise et de douleurs épigastriques, si chez d'autres l'appétit est perdu, et si, pendant les jours qui précèdent et qui suivent, les digestions sont pénibles, on peut dire que ce ne sont là que des faits exceptionnels, et que, chez la grande majorité des individus atteints de gastrorrhée, les vomissements ne produisent que peu de malaise, et n'empêchent ni l'appétit ni l'intégrité des digestions. En un mot, ces personnes, après avoir vomi, reprennent toutes les apparences de la santé.

Les vomissements se répètent à des intervalles variables. Il se passe souvent plusieurs mois entre chaque accès ; chez d'autres, ceux-ci se reproduisent une ou plusieurs fois par semaine ; enfin chez beaucoup ils ont lieu à des époques encore plus rapprochées, chaque matin, par exemple, peu après le réveil.

Durée, *terminaisons*. — La gastrorrhée peut guérir ; mais elle a, en général, une durée fort longue, et elle finit souvent par devenir constitutionnelle. On conçoit que la reproduction de la sécrétion puisse amener à la longue l'hypertrophie des glandes mucipares, et peut-être même celle de toute la membrane muqueuse, puisque l'hypertrophie de quelques organes est souvent la conséquence d'un surcroît d'activité dans leurs fonc-

tions. Mais il n'est nullement démontré que la gastrorrhée puisse être, comme on l'a dit, une cause active de cancer ; si quelquefois on a vu cette dégénérescence survenir chez ceux qui présentaient depuis longtemps un flux muqueux de l'estomac, il n'y a eu ici que simple coïncidence ; et dans les cas où l'on peut établir un rapport entre les deux maladies, on trouve que la gastrorrhée a été plutôt effet que cause du cancer.

Diagnostic. — Nous avons dit précédemment qu'il existait une gastrorrhée symptomatique, et il n'est aucune lésion qui la détermine aussi souvent que la dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse des parois de l'estomac ; la gastrorrhée est parfois alors le premier symptôme de cette redoutable affection. On soupçonnera que le flux muqueux tient à cette cause lorsqu'on voit les digestions être habituellement difficiles, ou lorsqu'il y a une anorexie continuelle, ou bien encore lorsque le malade maigrit et dépérit tous les jours, lorsque son teint devient jaunâtre, accidents qu'on ne remarque pas dans la gastrorrhée idiopathique. Dans cette dernière, pourtant, on pourrait observer le dépérissement des malades, si le flux stomacal était habituellement abondant ; mais ce cas est excessivement rare ; d'ailleurs on trouverait dans les autres symptômes et dans la marche de la maladie assez de différences pour pouvoir établir, sinon sûrement, du moins d'une manière assez probable, le diagnostic différentiel.

Pronostic. — La gastrorrhée ne compromet pas la vie, mais c'est une affection incommode et le plus souvent très rebelle.

Étiologie. — Les causes qui donnent lieu à la gastrorrhée sont encore mal déterminées ; toutefois il paraît que cette maladie affecte plus souvent les hommes que les femmes, les individus replets, ceux qui mangent des aliments épicés, des viandes fumées, salées, des fruits acides, et ceux surtout qui abusent des liqueurs alcooliques. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des hommes qui, le lendemain d'un excès de table, vomissent à jeun une certaine quantité d'un fluide albumineux. On voit des ivrognes chez lesquels une pareille excrétion se reproduit régulièrement tous les jours au moment du réveil. Ici la supersécrétion s'explique par l'état d'excitation de la membrane muqueuse. Chez d'autres le même accident se produit à la suite d'un trouble dans l'innervation ; telles sont, par exemple, les gastrorrhées qui accompagnent certaines névroses de l'estomac.

Traitement. — D'après l'énumération des causes, on comprend qu'un régime convenable doit être souvent le principal ou même l'unique moyen par lequel on pourra combattre certaines gastrorrhées. Il faudra également étudier la susceptibilité individuelle ; car on voit, en vertu de certaines idiosyncrasies, l'usage de quelques aliments provoquer la gastrorrhée, tandis que d'autres la guérissent. En général, les malades se trouvent bien d'une alimentation tonique : ainsi un régime animal, l'usage modéré d'un vin généreux, l'emploi d'une eau gazeuse, et, après le repas, une petite quantité de thé, de café ou d'eau-de-vie, ou de vin de Malaga, d'Alicante, etc., conviennent au plus grand nombre. Il est utile aussi que le ventre soit libre ; souvent même on peut, par l'administration d'un purgatif, arrêter une gastrorrhée rebelle, ou prévenir le retour de celles qui

se montrent à certaines époques plus ou moins fixes. Les amers, les toniques, spécialement l'extrait de kina, de quassia amara et les ferrugineux unis aux bains de mer, aux frictions sèches ou aromatiques sur le corps, triompheront de quelques gastrorrhées qui se lient à un état d'atonie de l'estomac en particulier, ou de toute la constitution. Dans les cas de névrose douloureuse de l'estomac, l'opium est indiqué; la thériaque devra être souvent préférée en raison de ses propriétés faiblement toniques. Enfin, il est des gastrorrhées qui sont avantageusement modifiées par les boissons sulfureuses et par les substances résineuses, comme le copahu, la térébenthine, le baume de tolu, etc.

DE LA DIARRHÉE CATARRHALE.

Le tube intestinal est, de tous les organes de l'économie animale, celui qui est le plus souvent affecté de flux catarrhal. Cette fréquence s'explique par l'étendue des surfaces, la nature des fonctions et les rapports sympathiques qui lient l'intestin avec le tégument externe.

Symptômes. — La diarrhée catarrhale est caractérisée par des déjections liquides, jaunâtres, muqueuses, plus ou moins abondantes, ayant lieu le plus souvent sans coliques. Chez quelques malades les selles sont précédées de douleurs dans le ventre, mais elles n'ont jamais l'acuité de celles que l'entérite détermine; on n'observe pas non plus le ténesme que nous avons noté dans la dyssenterie; il n'y a jamais de fièvre; les fonctions digestives peuvent être intactes, d'autres fois l'appétit est diminué et les malades se plaignent d'une soif très vive; le ventre est un peu sonore et le siége de quelques gargouillements. Mais le symptôme prédominant après la diarrhée est une faiblesse plus ou moins grande, proportionnée à l'abondance des évacuations. Néanmoins elle n'est pas comparable à celle qui existe presque constamment dans les dyssenteries, même dans celles qui sont les plus bénignes; il y a souvent un peu d'amaigrissement. La diarrhée peut suivre une marche aiguë ou chronique, se terminer en un ou quelques jours, ou bien se prolonger durant plusieurs semaines avec des alternatives : elle est très sujette à récidiver.

Diagnostic. — La diarrhée catarrhale diffère de l'entérite par l'absence complète, ou presque complète, de douleur et de fièvre, parce que, dans la plupart des cas, les fonctions de l'estomac continuent à se faire : aussi la nutrition est-elle généralement peu altérée. La considération de cette dernière circonstance sera d'une grande utilité pour distinguer la diarrhée catarrhale essentielle, celle qui ne consiste qu'en une simple exagération de la sécrétion folliculeuse, de celle qui se lie à l'existence d'ulcérations intestinales ou qui est symptomatique d'un ramollissement de la membrane muqueuse.

Pronostic. — La diarrhée catarrhale, telle que nous la comprenons ici, est une affection toujours bénigne.

Causes. — La diarrhée catarrhale est une affection commune à tous les âges. On l'observe spécialement chez les étrangers, dans le premier temps

de leur séjour dans quelques grandes villes, comme Paris, Londres, Amsterdam. Ce petit accident est provoqué bien moins par l'eau, qu'on accuse communément, que par le concours de plusieurs autres circonstances, telles que l'humidité et le changement de régime. Le froid est une cause dont l'action est incontestable : ainsi on voit fréquemment des individus être pris de flux muqueux atonique du tube digestif à la suite d'un refroidissement des pieds ou de tout le corps, ou après l'ingestion dans l'estomac d'une certaine quantité d'eau froide pendant que le corps est en sueur : aussi cette maladie est-elle commune chez les chauffeurs et les soutiers des bateaux à vapeur de l'État, qui passent souvent brusquement d'une température de 40 à 60° à celle de l'air extérieur. C'est ce qui résulte d'un travail intéressant inséré en 1841 dans la *Revue médicale*, par M. Renault, chirurgien de la marine. Enfin, il est des diarrhées catarrhales à marche chronique, qui sont entretenues par une alimentation grossière, de mauvaise qualité, ou par le séjour habituel dans des lieux humides.

Traitement. — Si la diarrhée catarrhale ne cède pas en quelques jours à l'usage des mucilagineux et des opiacés aidés du régime, on devra recourir aussitôt aux astringents et aux toniques. Ainsi on fera dissoudre dans de l'eau de riz 1 à 6 grammes de cachou, on donnera l'extrait de ratanhia, les infusions de colombo (1 gramme pour 250 d'eau), de quassia amara, de simarouba (8 grammes pour 100 d'eau), le vin vieux, la thériaque, une légère macération de quinquina à froid. Le sous-nitrate de bismuth pourra également être utile ; on le prescrit à la dose de 1 à 4 grammes chez l'adulte, à celle de 1 à 3 décigrammes chez les enfants au commencement des repas. Enfin, contre les diarrhées qui résistent à ces moyens, on oppose souvent avec avantage un purgatif salin ou amer, comme la rhubarbe, qui agit en modifiant la sécrétion des follicules muqueux. Beaucoup de diarrhées chroniques, tenant à un mauvais régime ou à une habitation insalubre, cèdent quand on change les conditions hygiéniques. Quand les flux diarrhéiques reconnaissent pour cause l'impression du froid humide, on devra couvrir le malade de flanelle, protéger le ventre avec une ceinture de laine ou de peau ; les pieds seront tenus constamment protégés par des chaussures convenables. Ainsi il a suffi plusieurs fois, pour obtenir une guérison très rapide, de faire porter des sabots à des individus qui, ayant habituellement les pieds dans l'humidité, éprouvaient une diarrhée interminable qui avait résisté à toutes les médications.

DE LA LEUCORRHÉE.

Synonymie. — Flueurs ou fleurs blanches; *fluor aut profluvium muliebris*, *menstrua aut menorrhagia alba*; catarrhe utérin.

Les mots *leucorrhée* ou *flueurs blanches* n'expriment pas, comme leur sens étymologique pourrait le faire croire, tous les écoulements non sanguins qui se font par la vulve; mais on ne doit comprendre sous ces deux dénominations que les écoulements blancs, chroniques, auxquels sont sujettes certaines femmes qui ne présentent d'ailleurs aucune autre affec-

tion de l'appareil génital. M. Marc d'Espine, qui, en 1836, a publié dans les *Archives* des recherches intéressantes sur le sujet dont je traite, pense en outre que la leucorrhée n'existe réellement qu'autant que l'écoulement est assez abondant pour incommoder les femmes. J'adopte complétement cette opinion.

Caractères anatomiques. — Nous n'avons pas de renseignements positifs sur l'état anatomique des organes génitaux chez les femmes qui succombent avec de la leucorrhée. On a dit que la membrane muqueuse du vagin et de l'utérus était quelquefois livide ou violacée ; mais le plus souvent elle est pâle, et ne présente d'ailleurs aucune altération d'épaisseur ou de consistance. L'écoulement leucorrhéique est fourni le plus souvent par le vagin et par le col, un peu moins souvent par la face interne du corps de l'utérus ; enfin, dans des cas extrêmement rares, il l'est par les trompes de Fallope.

Symptômes. — Les symptômes de la leucorrhée se divisent en *locaux* et en *généraux*.

1° *Symptômes locaux.* — Il se produit par les parties extérieures de la génération un écoulement muqueux, blanc-jaune ou verdâtre, inodore ou d'une odeur fade, d'une saveur inconnue. Il est parfois aqueux ; mais dans près de la moitié des cas il est albumineux et transparent ; d'autres fois sa transparence est moins complète, et il est plus ou moins strié de gris, de bleu ou de jaune ; enfin, il peut être tout à fait opaque, crémeux ou caséeux. Il est difficile de démontrer la cause de ces variations de couleur. Quelques faits permettent de supposer que les colorations bleuâtre et jaunâtre se rattachent à quelque complication inflammatoire ; mais nous n'avons encore, à ce sujet, aucune donnée positive. L'abondance de l'écoulement varie beaucoup : il est des femmes qui sont à peine mouillées ; chez d'autres, au contraire, il y a un suintement continuel très incommode : aussi les malades sont-elles obligées de se garnir comme quand elles ont leurs règles. On a vu des femmes perdre dans une seule journée plusieurs livres de liquide. D'ailleurs l'aspect, les qualités physiques et la quantité de l'écoulement leucorrhéique varient beaucoup, chez la même femme, d'un instant à l'autre : ainsi une température humide et froide, l'usage de certains aliments, les passions tristes, l'approche des règles, etc., augmentent en général les flueurs blanches, qui deviennent en même temps beaucoup moins albumineuses. Beaucoup de femmes se plaignent de prurit à la vulve, de pesanteur à l'hypogastre, de tiraillements aux aines, à la partie supérieure et interne des cuisses, dans les lombes, à la région sacrée et vers les reins. Si on examine l'état des organes sexuels, on trouve que les parties extérieures sont pâles, flasques ; le vagin semble plus large ; sa muqueuse est pâle ou bleuâtre ; le col paraît parfois boursouflé ; l'orifice est béant lorsque l'écoulement arrive de l'utérus. La peau de la vulve et de la partie supérieure des cuisses est parfois rouge ou même excoriée par suite de l'âcreté qu'acquiert momentanément la matière de l'écoulement. Enfin, on a dit que les femmes leucorrhéiques étaient indifférentes aux plaisirs vénériens ; et que d'autres tombaient dans un excès contraire. Cependant

on n'a à ce sujet aucune donnée certaine, et, dans ces cas, on n'a pas toujours fait la part exacte du tempérament ou des habitudes, et celle qui n'appartient qu'à l'écoulement lui-même.

2° *Symptômes généraux.* — Lorsque la leucorrhée persiste depuis quelque temps, les femmes pâlissent; leur teint devient terne; les chairs sont flasques, les forces diminuent; les malades tombent dans un état de langueur; elles ont souvent des tiraillements, des douleurs névralgiques vers l'estomac; elles ont de l'inappétence ou bien elles éprouvent le besoin de prendre des aliments fréquemment, mais elles sont vite rassasiées; les digestions sont lentes, pénibles : il y a parfois des appétits bizarres. Enfin les malades sont essoufflées; elles ont des palpitations, de la céphalalgie. Dans ces conditions, on voit communément les règles diminuer d'abondance, se suspendre ou devenir irrégulières. Enfin les femmes finissent par éprouver tous les troubles qui accompagnent communément la chlorose.

Forme, marche, durée. — Les symptômes précédents se remarquent à différents degrés dans la plupart des leucorrhées. Cependant ils ne caractérisent que l'état chronique, qui est, à vrai dire, la forme habituelle de la maladie. Dans quelques cas, pourtant, la leucorrhée, surtout lorsqu'elle débute brusquement, produit quelques accidents aigus ou d'excitation. Ainsi le prurit de la vulve est parfois insupportable; il y a des ardeurs en urinant, une sensation de chaleur, de pesanteur dans le vagin; les femmes ressentent une douleur gravative, incommode, à l'hypogastre et vers les flancs; l'écoulement est d'abord séreux; au bout de quelques jours, il prend de la consistance et devient jaune ou opaque. Enfin, après quelques semaines, l'écoulement tarit, ou bien la maladie passe à l'état chronique. La leucorrhée a une durée variable : elle peut persister plusieurs mois, plusieurs années, et se prolonger même pendant toute la vie des femmes. Dans ces cas, l'écoulement, presque toujours continuel, offre de nombreuses irrégularités pour l'abondance, la couleur, l'odeur, la densité; changements qu'on ne peut pas toujours expliquer par les conditions hygiéniques ou individuelles. La leucorrhée peut être périodique : on la voit, par exemple, être pendant plusieurs années supplémentaire du flux menstruel. Ces faits, sans être fréquents, ne sont pourtant pas très rares.

Accidents consécutifs, terminaisons. — La guérison est la terminaison ordinaire de la leucorrhée; elle a lieu le plus souvent spontanément. D'autres fois les flueurs blanches cessent chez les jeunes filles aussitôt après l'établissement des règles et chez les femmes après un accouchement, etc. On cite encore des cas où la leucorrhée a cessé après des selles ou des sueurs abondantes, après une salivation, ou à l'occasion d'une maladie aiguë. On a dit que les flueurs blanches pouvaient se terminer par la mort; mais je ne connais aucun fait authentique qui le prouve. Nous croyons que dans tous les cas qu'on invoque il a dû exister quelque lésion organique qui a passé inaperçue.

On a regardé les flueurs blanches habituelles comme pouvant produire diverses maladies de l'utérus et du vagin, et notamment un prolapsus de ces organes ou bien une affection cancéreuse; mais si la première de ces

opinions est probable, la seconde ne l'est certainement point. On a encore accusé les flueurs blanches d'être une des causes de la stérilité de certaines femmes ; on a aussi prétendu que, lorsqu'elles devenaient mères, les enfants étaient rachitiques, scrofuleux et aveugles; mais aucune de ces opinions n'est justifiée par l'observation ; d'ailleurs, eût-on noté plus souvent ces accidents chez les leucorrhéiques que chez les femmes bien portantes, il resterait encore à déterminer s'il ne conviendrait pas de les rapporter plutôt à l'affaiblissement de la constitution qui précède et produit souvent les flueurs blanches qu'à la leucorrhée elle-même. L'homme qui cohabite avec une femme atteinte de leucorrhée simple court-il quelque danger ? est-il vrai, par exemple, qu'il puisse contracter une blennorrhagie? C'est là un point de doctrine extrêmement délicat. Considérée sous le point de vue scientifique, il importerait beaucoup que cette question fût résolue; cependant la chose n'est pas nécessaire en pratique; car, quelle qu'en soit la solution, le repos des familles exige assez souvent qu'on se serve du prétexte d'une âcreté particulière de certains écoulements leucorrhéiques ou du flux menstruel pour expliquer beaucoup de blennorrhagies de l'homme, et pour voiler ainsi les fâcheux résultats d'une infidélité. On conçoit que lorsque l'écoulement leucorrhéique est très abondant, et qu'il persiste un grand nombre d'années, l'économie s'y soit jusqu'à un certain point habituée ; peut-être alors y aurait-il quelque inconvénient à le supprimer trop brusquement. Cependant il ne faut pas, à beaucoup près, accepter comme parfaitement observés les faits assez nombreux rapportés dans les auteurs où la disparition d'une leucorrhée ancienne aurait donné lieu aux maladies aiguës et chroniques les plus graves; car le plus souvent dans ce cas il n'y a que coïncidence.

Diagnostic. — Il y a une foule d'affections aiguës et chroniques de la vulve, du vagin et de l'utérus qui produisent un écoulement blanc, jaune ou vert plus ou moins abondant; mais on distingue cet écoulement de la leucorrhée proprement dite par la marche, par les symptômes concomitants, et surtout par les résultats que fournissent le toucher et l'exploration à l'aide du spéculum. Cet instrument peut seul démontrer si l'écoulement est fourni par le vagin ou par l'utérus, ou bien s'il provient à la fois de ces deux sources. Cependant tous les moyens dont la science peut disposer sont insuffisants pour faire distinguer de simples flueurs blanches d'un écoulement vénérien : on est obligé de raisonner ici d'après de simples probabilités. (Voir l'article *Blennorrhagie.*)

Pronostic. — Si la leucorrhée ne compromet pas l'existence, elle n'en constitue pas moins une maladie désagréable pour la femme, et qui entretient souvent chez elle un état maladif des plus pénibles.

Étiologie. — La leucorrhée est une maladie plus commune dans les pays humides et froids que dans les climats chauds; elle affecte aussi plus souvent les femmes des grandes villes que celles de la campagne. Le tempérament lymphatique semble prédisposer aux flueurs blanches : cependant les femmes pléthoriques, celles d'une constitution forte y paraissent plus sujettes que les femmes grêles. Les autres causes prédisposantes et

déterminantes dont l'action est la moins incertaine sont l'hérédité, la compression du ventre par des corsets baleinés, l'abus d'aliments gélatineux qui produisent l'atonie des organes digestifs, une vie sédentaire, des passions tristes, l'habitation dans des lieux bas et humides, un coït trop souvent répété, ou le séjour dans le vagin d'un corps étranger, comme un pessaire, l'existence d'oxyures dans le rectum, ou d'hémorrhoïdes internes qui entretiennent une fluxion permanente au voisinage des organes génitaux, les dérangements de la menstruation, les accouchements, et surtout les accouchements avant terme. Enfin, il est des causes pour ainsi dire spéciales à chaque individu, et qui n'agissent qu'en vertu d'une idiosyncrasie particulière ; tels sont, par exemple, ces cas assez nombreux où l'on voit des flueurs blanches abondantes survenir après l'ingestion de certains aliments ou de certaines boissons, comme le thé, le café au lait ou le lait pur, certains coquillages, la chair des grenouilles, certains fruits acides, et même l'eau de certaines sources. On a encore dit que les flueurs blanches pouvaient succéder à la suppression d'un exutoire ou de certains flux, comme les sueurs, ou d'une hémorrhagie constitutionnelle; mais dans la plupart des faits qu'on invoque la relation entre la cause et l'effet ne nous paraît pas être parfaitement établie. La leucorrhée est une affection endémique dans les grandes villes ; elle peut, sous l'influence de certaines constitutions atmosphériques, sévir avec plus d'intensité et revêtir tout à fait le caractère épidémique. On en a recueilli de fréquents exemples pendant une grande partie du dernier siècle ; les principaux sont ceux observés par les médecins de Breslaw, en 1702 ; par Morgagni en Italie, en 1710 ; par Bassins, à Hall, en 1730 ; à Paris, en 1765, etc.

Traitement. — Un grand nombre de remèdes ont été préconisés contre les flueurs blanches; nous n'indiquerons que les principaux, ceux dont l'action est la mieux démontrée.

Lorsque la leucorrhée, survenant brusquement, s'accompagne d'accidents aigus, on devra se borner à conseiller le repos, l'usage de bains, d'injections émollientes, une nourriture douce et la continence. Lorsque les flueurs blanches sont anciennes, il faudra rechercher les causes qui ont pu les faire naître et qui souvent les entretiennent, afin de placer les malades dans d'autres conditions. Lorsque la cause est insaisissable, ou bien lorsqu'ayant cessé d'agir, la leucorrhée persiste, il faudra diriger le traitement, en ayant surtout égard à l'état général. Ainsi, lorsque la femme est fortement constituée et pléthorique, il sera utile de tirer du sang; on prescrira des boissons acidules, comme la limonade minérale; on excitera les sécrétions intestinales, celles des reins et de la peau par l'emploi répété des purgatifs, des diurétiques et des sudorifiques. On pourra associer à ces moyens des injections émollientes d'abord, puis astringentes ou aromatiques ; elles seront faites avec la décoction de tan ou l'alcoolé tanique préconisé par M. Gibert ; avec une décoction de gentiane, de feuilles de noyer, de noix de galle ; avec le vin rouge, l'acétate de plomb, ou avec une décoction de coloquinte (4 grammes par demi-litre d'eau réduite aux trois quarts par l'ébullition), ainsi que le conseille

M. Serres, de Lyon, qui, chez les sujets lymphatiques, combine à ce moyen l'usage à l'intérieur de l'iodure de potassium. Ces injections seront portées exclusivement dans le vagin, et jamais dans l'utérus, à cause de la facilité avec laquelle un liquide injecté dans le corps de l'organe peut cheminer dans les trompes et s'épancher dans la cavité du péritoine. Si les injections échouent, on aura recours à la cautérisation par le nitrate d'argent.

La leucorrhée ancienne coexistant ordinairement avec un état de faiblesse et d'anémie, indique l'emploi des toniques et des amers, comme le quinquina, la gentiane, le basilic, les bourgeons de sapin, la mélisse, l'armoise, la plupart des labiées, les baumes de copahu et du Pérou ; les préparations de fer, les eaux minérales de Spa, de Passy, et les bains de mer. Cependant tous ces moyens seraient insuffisants ou même tout à fait impuissants sans le régime. Il faudra donc conseiller dans ces cas aux malades une habitation sèche, bien aérée, exposée au sud, l'exercice à pied au soleil, une alimentation tonique, des frictions sèches aromatiques sur le corps et l'usage de la flanelle.

DU CATARRHE VÉSICAL.

Pour la plupart des auteurs, le catarrhe vésical serait une forme de l'inflammation de la vessie bornée à la membrane interne ; de là le nom de *cystite muqueuse* que beaucoup lui ont donné ; d'autres préfèrent l'appeler *cystite catarrhale*, en raison de la nature de la sécrétion morbide. Cependant ces deux maladies, qu'on a confondues en raison d'un seul symptôme commun qu'elles présentent (*les urines muqueuses ou filantes*) doivent être distinguées entre elles pendant la vie comme elles le sont sur le cadavre. Dans la cystite, en effet, les parois vésicales sont rouges, noirâtres, épaissies, friables, ramollies, ulcérées, fongueuses, etc. Dans le catarrhe, au contraire, la vessie n'a presque subi aucune modification appréciable dans sa structure ; sa capacité est seulement parfois un peu diminuée. La muqueuse peut aussi présenter quelques plaques ardoisées, vestige d'une congestion ancienne. Mais presque toujours cette membrane est pâle ; rarement elle est épaissie et amincie ; de sorte que, pour expliquer l'exhalation dont elle est le siége pendant la vie, on est obligé d'invoquer une simple perversion dans ses fonctions sans altération de tissu. Le catarrhe vésical, ainsi isolé de la cystite aiguë ou chronique, est une affection assez rare.

Symptômes, *marche*. — Le catarrhe vésical peut être primitif ; d'autres fois il est consécutif à la cystite ; ce rapport étiologique entre les deux maladies explique jusqu'à un certain point pourquoi elles ont été si longtemps confondues. Le catarrhe vésical est une maladie presque toujours chronique, dans laquelle on ne trouve qu'accidentellement des signes d'excitation générale et locale. S'il y a des douleurs à l'hypogastre ou au périnée, elles sont vagues, peu vives, ne consistent qu'en une pesanteur ; les malades urinent plus souvent, mais sans éprouver ces besoins pressants,

ces épreintes qu'on observe dans l'inflammation. L'urine, pendant l'émission, semble avoir sa couleur normale ; elle est peut-être un peu moins limpide ; elle est peu acide, et passe bientôt à l'état alcalin ; elle exhale alors une odeur ammoniacale ; par le refroidissement, elle se sépare en deux couches, l'une superficielle et tout à fait liquide ; l'autre existant au fond du vase offre une épaisseur plus ou moins grande ; elle est tremblottante, visqueuse, filante, blanchâtre, quelquefois tout à fait transparente ; elle a la plus grande analogie avec l'albumine de l'œuf. Sa quantité n'est pas toujours la même ; des malades en rendent à peine quelques grammes, tandis que d'autres en excrètent plus de 500 dans un seul jour. La proportion varie d'ailleurs suivant une foule de circonstances : ainsi la matière morbide est plus abondante dans la saison froide, lorsque l'atmosphère est chargée d'humidité, ou lorsque la transpiration diminue ou que la surface du corps a été accidentellement exposée à une cause de refroidissement. Un état d'excitation ou plutôt de subinflammation de la muqueuse vésicale a, au contraire, pour résultat de diminuer l'exhalation muqueuse, qui prend généralement alors une couleur un peu jaunâtre ou d'un blanc sale. En même temps les besoins d'uriner sont plus fréquents, plus impérieux, et la douleur hypogastrique ou périnéale est un peu plus vive. Ces symptômes d'excitation, bornés presque toujours à l'organe malade, peuvent se montrer un plus ou moins grand nombre de fois dans le cours de la maladie.

Le catarrhe vésical qui est simple, celui qui affecte un sujet dont la constitution n'est pas encore très détériorée, n'exerce aucune influence fâcheuse sur la nutrition : aussi l'appétit se conserve-t-il et les digestions sont régulières. Cependant, si l'exhalation muqueuse était trop considérable, on verrait survenir les accidents que déterminent toutes les sécrétions exagérées. On a dit que le catarrhe pouvait, lorsqu'il était trop considérable ou qu'il se prolongeait, entraîner la mort par épuisement ; mais nous pensons qu'un pareil effet est excessivement rare ; on a encore confondu ici le catarrhe avec la cystite chronique. Le catarrhe vésical a une durée toujours longue et indéterminée. Quelques individus le voient cesser momentanément pendant la saison chaude ou lorsqu'ils vont habiter un climat plus doux ; mais la maladie reparaît pendant l'hiver ou lorsque les malades reviennent dans leur pays.

D'après cette description, on voit combien le catarrhe vésical est distinct de la cystite.

Pronostic. — Le pronostic du catarrhe de la vessie est beaucoup moins grave que celui de la cystite : le premier est une affection fâcheuse, bien moins par les dangers qu'il fait courir qu'en raison de son opiniâtreté, et de la facilité avec laquelle il récidive. Le catarrhe vésical diminue moins que la cystite l'activité des organes génitaux.

Étiologie. — Le catarrhe vésical affecte surtout les vieillards : il paraît reconnaître la plupart des causes de la cystite chronique ; il survient spécialement sous l'influence du froid et de l'humidité. Les individus qui ont eu plusieurs atteintes de cystite, ou bien ceux dont la vessie a été long-

temps irritée par la présence d'un calcul dont ils ont été débarrassés ensuite, semblent y être plus exposés. Mais nous n'avons encore sur ce sujet que des données incertaines. Le catarrhe peut être symptomatique de la présence d'un calcul, celui-ci a généralement alors un petit volume.

Traitement. — Lorsqu'on a reconnu que le catarrhe vésical ne se lie pas à la présence d'un calcul, il faut, avant tout, soumettre les malades à un régime hygiénique convenable. Ils habiteront un lieu sec, bien exposé; et si le climat est défavorable, on les enverra dans des pays plus doux. Ils seront entièrement couverts de flanelle; on excitera les fonctions de la peau par l'exercice, le massage et les frictions sèches; l'alimentation sera abondante, substantielle, sans être pourtant trop excitante. On engagera le malade à ne pas laisser la vessie se distendre par une trop grande quantité d'urine; il ne résistera pas au besoin d'uriner, et si quelque obstacle s'opposait à l'excrétion, on pratiquerait le cathétérisme une ou plusieurs fois par jour. Cependant, ce régime ne triomphant pas toujours de la maladie, il faut, aux soins hygiéniques, réunir l'emploi de quelques médicaments dont l'expérience a depuis longtemps démontré l'utilité : je veux parle. des balsamiques, tels que les baumes de copahu, du Pérou, de la Mecque, l'eau de goudron et surtout la térébenthine cuite, qu'on donne en pilules, en potions, à la dose progressive de 2 à 16 grammes, ou en lavements, quand l'estomac ne peut la supporter. On a également proposé certaines injections, et on se sert surtout alors de l'eau de goudron, des eaux minérales sulfureuses de Baréges et d'Enghien. Les eaux de Balaruc, de Contrexeville, en bains, boissons et injections pourront être également conseillées. Enfin, quand tous les moyens échouent, on peut tenter la cautérisation superficielle de la vessie, suivant le procédé du professeur Lallemand. Ce célèbre praticien, depuis dix-sept ans, a guéri par ce moyen les 9/10 des catarrhes vésicaux qu'il a eus à traiter, et dont la plupart avaient résisté pendant plusieurs années à tous les efforts de l'art. Ceux qui n'ont pas guéri complétement ont du moins éprouvé une amélioration notable (Voir plus haut *Cystite chronique*, p. 469).

Troisième genre de sécrétions morbides.

DES SÉCRÉTIONS PROPRES A QUELQUES ORGANES.

Les fluides particuliers sécrétés par plusieurs de nos organes peuvent être produits en quantité beaucoup plus considérable que de coutume. Cette supersécrétion, quand elle est très abondante, devient la cause de nombreux accidents; ceux-ci varient suivant la nature du fluide et suivant que ce dernier est sécrété en plus ou moins grande quantité.

Nous allons étudier successivement la supersécrétion de la sueur, de la graisse, de la salive, de la bile, de l'urine, du lait et du sperme. Nous ne dirons rien du flux des larmes, car la sécrétion exagérée de ce liquide ne se remarque guère que dans les maladies du globe oculaire et des pau-

pières, ou bien sous l'influence d'un état nerveux particulier, comme dans les émotions tristes, et quelquefois dans la joie excessive. D'ailleurs les flux de larmes ne sont jamais portés au point d'affaiblir la constitution. Toutefois il importe de dire ici que l'écoulement abondant des larmes sur les joues n'indique pas nécessairement une supersécrétion de ce fluide, mais qu'il se rattache souvent à un obstacle apporté à son excrétion par suite d'un renversement des paupières ou d'une obstruction des voies lacrymales. A l'occasion du flux d'urine, nous ne devons parler ici que de la polyurie, renvoyant l'histoire du diabète à la fin du tome II, dans les maladies spéciales, attendu que le diabète est bien moins caractérisé par une supersécrétion d'urine que par la présence du sucre dans ce liquide. Cette dernière altération est constante, tandis que la première manque quelquefois.

DE L'ÉPHIDROSE.

SYNONYMIE. — *Hyperhydrosis*; dysodie cutanée.

Je n'ai point à m'occuper ici des sueurs plus ou moins abondantes qui sont un symptôme de plusieurs maladies (fièvre pernicieuse diaphorétique, suette, phthisie pulmonaire, résorptions purulentes, etc.); mais je veux seulement fixer l'attention sur certaines sueurs morbibes paraissant être indépendantes de toute lésion, et qui constituent réellement une affection spéciale toujours incommode et qui peut être aussi la source d'accidents plus ou moins graves.

Les sueurs constituent un état morbide lorsquelles sont trop abondantes ou lorsqu'elles sont altérées dans leurs qualités.

Les sueurs qu'on nommé morbides, en raison de leur abondance, sont presque toujours générales; on les a vues pourtant quelquefois n'occuper qu'une moitié du corps. Enfin il existe des cas beaucoup moins rares de sueurs bornées à des points circonscrits, comme les joues, la tête, les aisselles, les mains, les parties génitales et surtout les pieds.

L'éphidrose est donc caractérisée par une exhalation considérable de sueurs ayant lieu d'une manière continue ou à des intervalles plus ou moins-éloignés, et quelquefois périodiques. Cette supersécrétion, lorsqu'elle est générale, ne se remarque guère que chez les convalescents et chez les individus faibles; elle se fait tantôt spontanément; mais le plus souvent elle n'a lieu que lorsque le corps est échauffé par la marche, par l'application de vêtements trop épais, ou par une chaleur artificielle, ou bien elle se produit après les repas, ou à la suite d'une vive émotion de l'âme, en en mot, à l'occasion de toutes les causes qui, normalement, augmentent la quantité de sueur : seulement, dans les cas dont nous parlons, les effets sont beaucoup plus considérables. On ignore si les propriétés physiques et chimiques de la sueur sont toujours modifiées en même temps que le liquide est sécrété en plus grande abondance. Cependant il est des cas où la sueur a acquis une odeur acide, urineuse, cadavéreuse ou bien une fétidité pénétrante, comme on l'observe fréquemment pour celle des

pieds et des aisselles. Quant à sa saveur, on l'a trouvée absolument insipide, ou bien amère, douceâtre, salée; elle peut être aussi altérée dans sa couleur; c'est ainsi qu'on l'a vue jaune, verte, noire, bleue, etc. Sa température est plus ou moins élevée, sa consistance peut être nulle, ou bien elle est plus ou moins poissense et visqueuse. Enfin la sueur paraît quelquefois contenir certains produits de sécrétions normales, comme la bile, l'urée; on a même dit que certaines boissons ingérées dans l'estomac pouvaient s'échapper par la transpiration, sans avoir subi la moindre modification; mais ces faits extraordinaires ne doivent être acceptés qu'avec la plus grande réserve.

Si les sueurs morbides étaient générales et très abondantes, elles pourraient finir par produire la chute des forces, l'amaigrissement, et tous les accidents que des évacuations excessives entraînent; mais ces cas sont infiniment rares. Lorsque les sueurs sont partielles, la portion de peau par laquelle l'exhalation se fait est plus ou moins modifiée dans sa sensibilité; l'épiderme est souvent gonflé, blanchi et ridé, comme s'il avait macéré longtemps dans de l'eau chaude.

Les sueurs abondantes se prolongent en général beaucoup. Au bout d'un temps variable et tout à fait indéterminé, la sécrétion finit par diminuer, et revient à peu près à son état normal. Assez souvent l'exagération de la sécrétion produit un peu d'amaigrissement, mais il est très rarement arrivé qu'elle ait jamais déterminé les accidents de la fièvre hectique. Sa suppression brusque a, au contraire, souvent été la cause déterminante d'un grand nombre de maladies ou d'incommodités, telles que pleurésies, rhumatismes, névralgies, etc.

Traitement. — Pour combattre les sueurs générales, il faut éloigner les causes manifestes qui provoquent la sécrétion. Les malades seront donc placés dans un air frais; ils seront modérément couverts, ils coucheront sur la paille ou le crin, ils prendront des bains froids d'eau de mer ou de Baréges, on provoquera d'autres évacuations, et si l'état de la constitution l'exige, on usera d'un régime fortifiant et de médicaments toniques. On pourrait peut-être aussi retirer quelque avantage de la limonade minérale, de l'acétate de plomb et de l'agaric blanc.

La sueur des aisselles et surtout celle des pieds est une incommodité pour laquelle beaucoup d'individus demandent des conseils. On devra les engager à porter, dans les cas de sueurs fétides des pieds, des chaussettes en fil et des chaussures légères; ils prendront tous les jours un ou deux bains de pieds avec de l'eau de Baréges froide. Dans les cas où la suppression de la sueur produirait des accidents, ainsi que M. Mondière en a cité des exemples, on se hâterait de la rappeler en enveloppant les pieds de chaussettes de laine recouvertes d'un taffetas gommé; ou bien on pourrait, d'après le conseil qu'en donne M. Ruete de Gœttingue, saupoudrer d'une petite cuillerée de chlorhydrate d'ammoniaque et du double de chaux vive un bas que le malade conservera toute la nuit.

DE LA POLYSARCIE OU OBÉSITÉ.

L'accumulation de la graisse, devenue assez considérable pour gêner quelques unes des fonctions de l'économie, constitue l'état morbide connu sous les noms de *polysarcie* ou d'*obésité*.

La polysarcie est locale ou générale. La première est plutôt une difformité qu'une maladie; on l'observe surtout dans les parois abdominales et l'épiploon, chez les hommes après trente-cinq ans, et chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Cette accumulation partielle de graisse occasionne rarement de la gêne dans les digestions; mais le plus souvent elle rend difficile ou même impossible la flexion du tronc en avant.

Lorsque la polysarcie est générale, le corps a acquis un volume énorme ; il peut peser 150 , 300 et jusqu'à 400 kilogrammes. La graisse , qui , chez un adulte d'embonpoint ordinaire , n'entre guère que pour un vingtième dans le poids total du corps, peut en former la moitié , les deux tiers , et jusqu'aux quatre cinquièmes. Le corps présente alors un volume énorme ; ses diverses parties sont déformées. Ces individus se meuvent avec peine; ils ont une démarche roide toute particulière, en raison de la difficulté qu'ils éprouvent à étendre et surtout à fléchir les articulations. La plupart ne peuvent faire le moindre exercice sans être essoufflés, baignés de sueurs, et sans éprouver des palpitations. Les uns mangent à peine; mais la plupart sont assez voraces; chez beaucoup la tête se congestionne après chaque repas, et ils ont une grande tendance à dormir. Ces individus sont, dit-on, peu portés pour l'acte vénérien. Les femmes obèses sont souvent stériles, et chez beaucoup, la menstruation est irrégulière. Mais c'est à tort qu'on a accusé les sujets obèses d'être incapables de se livrer à aucun travail intellectuel, car l'histoire et l'observation contemporaine nous apprennent qu'une foule d'hommes éminents dans toutes les carrières ont été atteints de l'infirmité dont nous parlons. Un grand nombre de ces individus sont emportés par des congestions ou par des apoplexies viscérales ; la plupart meurent de maladies du cœur ou d'hémorrhagie cérébrale : on dit aussi que chez eux les maladies aiguës se terminent plus souvent par la mort.

Diagnostic. — Le diagnostic de la polysarcie est facile : la fermeté des chairs, l'absence de l'impression du doigt quand on les presse, empêchera de la confondre avec l'anasarque.

Pronostic. — Cette affection est grave, en raison des incommodités qui l'accompagnent et de la difficulté de la traiter. Quand elle affecte des jeunes gens, elle ôte tout espoir de longévité. Il n'en est pas absolument de même des individus qui deviennent obèses dès les premières années de la vie, car il arrive souvent alors que l'excès d'embonpoint disparaît spontanément. M. Raige-Delorme a cité à ce sujet le fait très curieux d'un enfant qui à l'âge de douze à quinze mois, avait une obésité énorme, ce qui occasionnait chez lui une respiration tellement courte et précipitée, qu'il semblait continuellement menacé de suffocation. Néanmoins il parvint à l'âge de deux ans et demi sans éprouver d'accidents; débarrassé depuis lors de son

infirmité, il ne se montra en rien différent des autres enfants de son âge, sinon qu'il était remarquable par une taille svelte et élancée.

Causes. — La polysarcie est une affection souvent héréditaire ; il n'est pas rare qu'elle débute dès la plus tendre enfance ; nous l'avons même vue portée au plus haut degré chez un enfant de trois ou quatre ans. En général, elle commence vers la trentième année, et augmente surtout après quarante. Cette affection survient surtout chez les sujets qui mènent une vie oisive, sédentaire, et qui usent d'une nourriture succulente : aussi l'observe-t-on spécialement dans la classe riche ; elle est au contraire très rare chez les paysans, excepté chez ceux qui, comme les fermiers, vivent dans l'aisance. L'obésité est une infirmité très fréquente chez les gens de bureau et de cabinet, chez les prisonniers, à cause surtout du peu d'exercice qu'ils font ; elle est commune chez les ecclésiastiques, chez les bouchers et les charcutiers, à raison de la bonne chère qu'ils font et de la vie peu active qu'ils mènent. C'est cette dernière cause, qui explique pourquoi l'obésité n'est pas rare chez les officiers de cavalerie, et même chez les simples soldats de cette arme ; tandis qu'elle est beaucoup moins commune chez les fantassins, surtout chez les individus non gradés. Les climats humides, froids, y prédisposent ; on dit qu'elle est plus fréquente en Hollande, en Angleterre, en Égypte et en Italie, que partout ailleurs. L'âge, la castration, la perte d'un membre, etc., sont encore des circonstances qui favorisent le développement de la polysarcie.

Traitement. — Dès que l'individu manifeste une disposition à l'obésité, il faut diminuer la quantité des aliments, choisir ceux qui contiennent le moins de principes nutritifs ; on donne la préférence aux légumes herbacés. On fera faire le plus possible d'exercice à pied ; le sommeil sera court ; on excitera toutes les évacuations, et spécialement les sueurs, les selles, les urines et le sperme. Ces moyens seront continués avec persévérance. Le vinaigre qu'on a préconisé, et que le vulgaire emploie encore, n'a aucune efficacité, et son usage immodéré n'est pas sans danger. Dans la polysarcie locale, on aura surtout recours à la compression.

DE LA SIALORRHÉE.

SYNONYMIE. — Flux de salive, ptyalisme, salivation.

L'augmentation morbide de la sécrétion salivaire a reçu les noms de *sialorrhée*, de *ptyalisme*, de *salivation*.

Le ptyalisme est un accident qui accompagne fréquemment plusieurs des maladies qui siègent dans la bouche, spécialement les diverses formes de la stomatite et particulièrement la stomatite mercurielle, l'inflammation de la langue et des gencives, les douleurs de la dentition et même la carie des dents et des os maxillaires. Enfin, dans certains cas de trismus et de névralgies du nerf de la cinquième paire, on observe encore une salivation parfois considérable, ce dont on se rend compte dans la névralgie par l'état d'excitation des nerfs qui entourent ou pénètrent les glandes salivaires, et

dans les cas de trismus, par la pression mécanique des glandes et des conduits salivaires. Je me contente de mentionner ces faits, renvoyant pour plus de détails à chacune des maladies dont le ptyalisme est un des symptômes ou un des accidents. Je ne dois m'occuper en ce moment que des cas où la salivation ne se lie à aucune lésion matérielle appréciable. Cependant, si alors le ptyalisme ne s'accompagne d'aucune altération manifeste dans les glandes salivaires, dans les parois de la bouche et dans les organes contenus dans cette cavité, il est rare néanmoins que l'augmentation de la sécrétion salivaire soit un état morbide tout à fait isolé. Presque toujours on reconnaît que la salivation se lie sympathiquement à la souffrance d'un organe plus ou moins éloigné : c'est ainsi qu'on l'a fréquemment observée dans le cours de certaines fièvres continues ou intermittentes, dans quelques névroses, comme dans l'hystérie, dans les cas de suppression ou de troubles quelconques survenus dans la menstruation ; chacun sait en outre que la salivation est, après les vomissements, l'accident sympathique qu'on observe le plus communément dans les premiers mois de la grossesse. Enfin il est constant que les maladies du pancréas et surtout que les lésions organiques de ce viscère s'accompagnent souvent d'une salivation abondante. On rencontre pourtant des cas où le ptyalisme, survenant sur un sujet bien portant, ne se lie à aucun état morbide bien caractérisé ; mais ces faits sont excessivement rares.

Symptômes, marche.—Le ptyalisme est caractérisé par l'afflux continuel dans la bouche d'un liquide incolore et aqueux, parfois mêlé à des mucosités. Ce liquide est en général insipide, inodore ; mais, dans quelques cas, il a une saveur désagréable plus ou moins styptique, et exhale une odeur fade ou forte, et plus ou moins fétide. La salive, ainsi sécrétée en plus grande abondance, est en partie avalée, en partie rejetée par un crachement presque continuel ; enfin, souvent aussi le liquide afflue en si grande quantité qu'il s'échappe involontairement et d'une manière continue par la bouche, et se répand sur les lèvres et le menton : c'est ce qu'on observe surtout pendant le sommeil. Chez ceux qui dorment la bouche exactement fermée, toute la salive pénètre dans l'estomac ; mais lorsque la quantité de liquide est trop considérable, elle peut, en obstruant momentanément la gorge, et parfois aussi en pénétrant dans le larynx, déterminer un état de suffocation qui réveille les malades, et produit pendant quelque temps un grand état de malaise et d'anxiété. Malgré cette supersécrétion, les glandes salivaires ne sont ni tuméfiées ni douloureuses, et la membrane muqueuse de la bouche est plutôt décolorée qu'injectée. Cependant la perte de la salive, qui peut être de 3 ou 4 kilogrammes dans les vingt-quatre heures finit par nuire au travail de la digestion, et par produire l'amaigrissement et une diminution dans les autres évacuations, et notamment une diminution de l'urine, de la transpiration cutanée et des matières fécales.

La salivation a en général une marche continue ; elle peut revenir périodiquement; dans ces cas, elle se lie communément à une névralgie faciale, dont les accès sont intermittents. La maladie persiste communément pendant une ou plusieurs semaines; il n'est pas très rare de la voir se

prolonger pendant un ou plusieurs mois ; on l'a même vue durer pendant un ou deux ans.

Il ne paraît pas que la salivation ait jamais produit la mort des malades; si quelques individus ont succombé, il faut l'attribuer aux complications qui sont survenues. En général, le ptyalisme diminue peu à peu ; d'autres fois il cesse assez brusquement après l'apparition d'une diarrhée abondante, ou par l'augmentation de la transpiration cutanée.

Traitement. — Les collutoires astingents faits avec des acides minéraux, avec le miel rosat, l'alun, l'acétate de plomb, avec les décoctions de tannin, de feuilles de noyer, etc., sont certainement utiles ; mais ce sont là des moyens accessoires. La principale indication à remplir dans le traitement du ptyalisme consiste à exciter les principales sécrétions naturelles. C'est dans ce but qu'on administre des purgatifs et des diurétiques. Enfin les bains de vapeur seront aussi très utiles, et remplaceront avec beaucoup d'avantages les substances dites sudorifiques, dont l'action est toujours plus ou moins incertaine. On a encore vanté quelques autres moyens empiriques : tels sont le charbon, la cannelle, la magnésie, les eaux de Vichy, le calomel et les frictions mercurielles poussées jusqu'à salivation ; mais aucun de ces moyens n'a produit des résultats comparables à ceux qu'on obtient par l'emploi de l'opium à haute dose (20 à 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures). Tous les moyens que je viens d'énumérer échouent généralement contre le ptyalisme sympathique de la grossesse ; cependant quelquefois, en conseillant à la femme de conserver habituellement dans la bouche un morceau de sucre candi, une boule de gomme ou du jus de réglisse, on parvient, soit à modérer réellement la salivation, soit à la rendre moins incommode pour les malades, qui avalent alors presque toute leur salive sans s'en apercevoir. Pour compléter l'histoire de la salivation, je renvoie le lecteur à l'article *Stomatite mercurielle*, p. 238.

DU FLUX BILIEUX.

Il est des individus chez lesquels, sous l'influence de causes diverses, un flux de bile s'établit par la bouche ou par l'anus, ou simultanément par ces deux voies. Cet écoulement insolite est souvent le seul trouble qu'on observe ; d'autres fois il s'accompagne d'accidents plus ou moins graves, et constitue une maladie connue sous le nom de *choléra européen.*

Le simple flux de bile est une affection assez fréquente ; son invasion est presque toujours subite, ou bien elle est précédée d'inappétence et des signes de l'embarras gastrique ou intestinal. Les malades éprouvent bientôt des vomissements, ou une excrétion de bile verte ou jaune, pure, ou mêlée à des matières muqueuses, glaireuses, ou à des aliments. Ces évacuations, généralement peu abondantes, ne s'accompagnent presque d'aucune douleur abdominale ; elles sont le plus ordinairement suivies de soulagement. Cette affection n'a qu'une durée très courte ; mais elle récidive fréquemment ; il est même des individus chez lesquels elle se reproduit, à des intervalles plus ou moins réguliers, une ou plusieurs fois chaque année.

Dans ces cas, le flux bilieux constituerait, suivant une opinion vulgaire, un bénéfice de nature, et préserverait peut-être les individus de quelque grave affection : aussi son pronostic est-il toujours favorable.

Causes. — Les flux bilieux sont observés le plus souvent pendant la saison chaude, dans les climats chauds et tempérés. Une nourriture animale y prédispose ; un écart de régime peut en déterminer l'explosion ; il en est de même des affections de l'âme, et surtout de la colère et de la terreur, qui ont, d'après M. Chomel, une influence non équivoque et analogue à celle que d'autres passions produisent sur la sécrétion des larmes ou de l'urine : c'est ainsi que Fabrice de Hilden parle d'une femme chez laquelle un accès de colère faisait toujours l'effet d'un purgatif.

Traitement. — Le traitement se borne à éloigner les causes qui pourraient augmenter ou suspendre brusquement le flux bilieux. Lorsqu'il est trop considérable, ou qu'il se prolonge trop longtemps, on le modère à l'aide de boissons fraîches, gommées, acidulées, gazeuses.

DU CHOLÉRA-MORBUS EUROPÉEN.

Synonymie. — Choléra sporadique ; *cholera nostras ;* trousse-galant ; *passio cholerica.*

Dans le choléra-morbus qu'on nomme sporadique ou européen, les malades ont des vomissements et des déjections répétées de matières bilieuses, jaunes ou vertes, s'accompagnant de vives douleurs de ventre, d'une grande anxiété, d'altération profonde des traits, d'accélération et d'insensibilité du pouls, de refroidissement des membres, et parfois même de syncopes et de convulsions.

Historique. — Cette maladie est fort ancienne, car elle est mentionnée dans Hippocrate ; cependant elle n'a été convenablement décrite dans les temps reculés que par Celse, Arétée et Cœlius Aurélianus. Dans les deux derniers siècles elle a fixé l'attention de plusieurs hommes éminents, surtout de Sydenham, de Bianchi, d'Hoffmann, de Cullen. Enfin les modernes ont éclairé quelques points encore obscurs de son histoire : nous citerons surtout les travaux de MM. Geoffroy (1) et Chauffart (2).

Caractères anatomiques. — Nous ne possédons encore aucun renseignement précis sur les caractères anatomiques du choléra européen. Les nombreux documents qui existent dans la science sont à peu près sans valeur ; car, en les consultant, on ne tarde pas à se convaincre que les auteurs anciens, et que même quelques modernes, comme Portal, ont rapporté au choléra une foule d'altérations qui lui sont évidemment étrangères : tels sont, par exemple, la péritonite, les étranglements intestinaux, diverses lésions aiguës ou chroniques de la rate, du foie, des épiploons, etc. Néanmoins, dans ces derniers temps, on s'est autorisé des recherches de deux de nos contemporains, MM. Gravier et Chauffart, pour soutenir la nature inflammatoire de la maladie et son siége dans les organes digestifs. Cependant on a tort d'invoquer les faits du premier ; car, les ayant recueillis

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. V, article *Choléra*. (2) *Journal général de médecine*, année 1829.

dans l'Inde, ils ne peuvent servir pour l'étude du choléra propre à notre climat. Les observations de M. Chauffart ne sont pas non plus concluantes ; car, en les étudiant avec quelque attention, on ne tarde pas à se convaincre que l'auteur a attribué au choléra des altérations essentiellement chroniques, telles que l'épaississement de la membrane, sa couleur ardoisée et même les ulcérations, lésions qui toutes n'ont pas le temps de se produire dans une affection qui, comme le choléra, a une marche aussi essentiellement aiguë.

Les lésions cadavériques qu'on trouve chez les cholériques sont, ou antérieures à la maladie, ou bien elles ne se développent guère que lorsque celle-ci traîne en longueur. D'ailleurs, comme l'a dit avec beaucoup de raison le savant et honorable Dalmas, le peu de fixité que les altérations affectent dans leur siége leur fait perdre la plus grande partie de leur valeur.

Symptômes. — Le choléra-morbus débute ordinairement brusquement, surtout pendant la nuit et au milieu d'une santé parfaite ; d'autres fois il présente des prodromes consistant surtout dans un malaise général, dans l'endolorissement du ventre, accompagné de soif, de perte d'appétit et de flatuosités. Bientôt les malades éprouvent simultanément des vomissements et des déjections douloureuses et répétées ; ces vomissements sont formés d'abord d'aliments à moitié digérés, puis d'un liquide aqueux, glaireux, bilieux, puis enfin de bile pure ; mais rarement ils sont sanguinolents. Les matières vomies sont souvent acides et brûlent à la gorge ; les déjections sont douloureuses, difficiles ; elles s'accompagnent d'une sensation de brûlure, d'érosion, de déchirure, parfois atroce, dans le ventre, surtout au voisinage de l'ombilic ; elles ont lieu simultanément avec les vomissements, ou bien elles alternent avec eux. Les matières rendues par le rectum sont muqueuses, noirâtres, jaunes, vertes, porracées, rarement sanguinolentes ; elles sont extrêmement fétides ; leur expulsion est précédée ou accompagnée de ténesme, et elles produisent une sensation de brûlure en traversant l'anus. Le ventre est tantôt rétracté et tantôt plus ou moins ballonné : les douleurs parfois atroces dont il est le siége augmentent en général par la plus légère pression. Dans l'intervalle des vomissements les malades sont tourmentés par des nausées fatigantes, par des hoquets, des éructations gazeuses et des épreintes ; la soif est vive, la gorge brûlante, l'anxiété extrême ; les traits sont profondément altérés, les extrémités sont froides, souvent marbrées, violacées, tandis que le ventre est brûlant ; le pouls est d'une fréquence et d'une petitesse extrêmes ; souvent il devient imperceptible. Beaucoup de malades accusent des crampes extrêmement douloureuses dans les mollets, dans les muscles fléchisseurs de la cuisse, aux avant-bras, aux doigts, aux orteils. Les urines sont communément peu abondantes ; parfois leur sécrétion est complétement interrompue. Enfin quelques malades éprouvent des palpitations douloureuses, des lipothymies, d'autres ont des convulsions. C'est lorsque la maladie est ainsi arrivée à son plus haut degré d'intensité que la face devient hippocratique ; le corps se couvre de sueurs visqueuses, la voix est éteinte ; le malade n'a

plus la force de vomir ; il est tourmenté par des hoquets et ne tarde pas à succomber.

Marche, durée. — Le choléra a ordinairement une marche continue, exacerbante. Débutant le plus souvent d'une manière brusque, il arrive en peu d'heures à son plus haut degré d'intensité, et peut se terminer au bout de douze ou vingt-quatre heures. Sa durée moyenne ne dépasse guère un ou deux jours. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il persiste au-delà de trois ou quatre. On sait que des symptômes cholériques peuvent survenir périodiquement, surtout sous le type tierce, et constituer alors une des formes de la fièvre pernicieuse ; c'est ce que nous avons déjà dit en parlant de cette dernière affection.

Terminaisons. — La guérison est la terminaison presque constante du choléra européen. La convalescence est en général prompte ; au bout de quelques jours les malades sont rétablis. Chose remarquable, les organes digestifs, qui ont été le siége d'une si grande perturbation, reviennent presque aussitôt à leurs conditions normales. Dans quelques cas, au contraire, les malades conservent pendant un temps plus ou moins long un dérangement des fonctions digestives, ce qui se lie souvent à un état inflammatoire de l'estomac et des intestins. Enfin, nous avons vu que le choléra pouvait avoir une issue funeste : la mort survient alors le plus communément par suite de l'épuisement qu'occasionnent et les souffrances et les évacuations excessives.

Les rechutes sont assez rares, à moins d'écarts dans le régime; les récidives sont, au contraire, assez communes chez quelques sujets qui, par les conditions hygiéniques auxquelles ils sont soumis, sont plus spécialement prédisposées à la maladie.

Diagnostic. — Diverses maladies du ventre, telles que la gastrite, l'entérite, la dyssenterie, la colique de plomb, les calculs biliaires, la péritonite, les invaginations, l'indigestion et les empoisonnements donnent lieu à des accidents qu'il ne faut pas confondre avec ceux du choléra européen; cependant le diagnostic différentiel ne peut présenter aucune difficulté. Ainsi la gastro-entérite n'a ni un début aussi brusque ni une marche aussi rapide que le choléra; elle s'accompagne de fièvre; les vomissements et les déjections, très rarement verdâtres, sont moins abondants, moins fréquents; ils déterminent moins de douleur et d'anxiété que dans le choléra. La nature des selles, dans la dyssenterie, fera distinguer facilement cette affection du choléra. La colique de plomb et les étranglements intestinaux se rapprochent du choléra par les vomissements, mais ils en diffèrent par une constipation opiniâtre, qui est en effet un de leurs symptômes prédominants. Il en est à peu près de même dans la colique hépatique, qui s'accompagne de tension, de douleur dans l'hypochondre droit, et souvent d'ictère ; les accidents, en outre, cessent brusquement, et ce n'est guère qu'à cette époque que les vomissements bilieux se manifestent. Dans la péritonite, il y a de la fièvre, une douleur très vive, très superficielle et du ballonnement; des vomissements existent souvent, mais ils ne ressemblent en rien à ceux du choléra ; la constipation enfin

est un symptôme très ordinaire dans la péritonite. Dans l'indigestion complète, il y a des vomissements, des selles liquides et des coliques; mais ces accidents sont consécutifs à une digestion laborieuse, laquelle s'accompagne d'un dégagement considérable de gaz fétides, ayant une saveur acide ou d'œufs pourris; les matières vomies et souvent aussi les selles sont presque entièrement formées par des aliments à moitié digérés, et leur expulsion est toujours suivie d'un grand soulagement. Le choléra offre beaucoup de ressemblance avec l'empoisonnement par les poisons irritants; cependant, dans ce dernier cas, les vomissements se sont déclarés après l'ingestion dans l'estomac d'une substance qui a produit le plus souvent un sentiment de chaleur, de cuisson, de brûlure dans la gorge et le long de l'œsophage, et même dans la bouche, où l'on trouve parfois des taches, des escarres qui dénotent l'action d'un caustique. Les vomissements, au lieu de se manifester à peu près simultanément avec les évacuations alvines, précèdent, au contraire, celles-ci de plusieurs heures. Les douleurs du ventre présentent la même progression; car, bornées d'abord à l'épigastre, ce n'est qu'après un temps plus ou moins long qu'elles gagnent le reste de l'abdomen. Le choléra asiatique diffère du choléra européen par les selles et les matières vomies, qui sont blanches, par la cyanose, l'amaigrissement, le refroidissement, la voix éteinte, l'abolition de la circulation, par la vivacité des crampes et par la suppression plus complète de l'urine.

Pronostic. — Le choléra est une maladie toujours grave. Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est plus fâcheux aux deux extrêmes de la vie et chez les individus qui sont déjà atteints de quelque affection chronique des voies digestives. Le refroidissement du corps, l'absence du pouls, l'aphonie, sont les accidents qui doivent faire redouter une issue fâcheuse.

Étiologie. — Le choléra européen n'apparaît guère qu'à la fin de l'été, c'est-à-dire pendant les mois d'août et de septembre; une chaleur humide en favorise le développement. On le rencontre plus souvent dans les pays méridionaux, tels que l'Espagne, l'Italie et la Grèce, que dans ceux du centre, et surtout du nord. On a dit que le choléra affectait plus souvent les hommes que les femmes, qu'il sévissait surtout dans la période moyenne de la vie, et qu'il atteignait de préférence les individus qui ont les attributs du tempérament bilieux; cependant aucune de ces assertions n'est encore justifiée par aucun résultat numérique. Dans la plupart des cas, le choléra éclate sans qu'on puisse découvrir l'action d'une cause déterminante; d'autres fois la maladie survient aussitôt après une secousse morale, comme un accès de colère, après l'emploi intempestif d'un émétocathartique, et plus souvent encore après l'ingestion de certains aliments, tels que la chair du porc, les crabes, les œufs de brochet, certains fruits, comme le melon et l'ananas. On a vu également le choléra se déclarer chez les individus qui avaient bu des vins nouveaux, des boissons glacées, pendant que le corps était en sueur. Enfin l'exposition du corps aux intempéries de l'air, à la fraîcheur des nuits, ou bien encore l'in-

spiration de miasmes putrides, a plusieurs fois été la seule cause efficiente du choléra. Cette maladie peut affecter un grand nombre d'individus à la fois, et régner presque épidémiquement, comme on l'a vu à Varsovie en 1701, et à Londres en 1669 et 1676 (Sydenham).

Traitement. — Les antiphlogistiques, que l'école physiologique avait essayé de mettre en vogue dans le traitement du choléra, sont presque toujours contre-indiqués par l'état du pouls et des forces du malade. La pratique des anciens, qui voulaient qu'on respectât pendant quelque temps les vomissements et les évacuations alvines, parce qu'ils supposaient que la nature se débarrassait d'un produit irritant, était également vicieuse. Nous croyons, en effet, que la première indication à remplir consiste à arrêter les vomissements et les selles, et à calmer les phénomènes spasmodiques et nerveux qui tourmentent les malades à un si haut degré. La glace et l'opium sont les deux agents thérapeutiques qu'il convient d'employer dans ce but : les malades prendront donc une boisson acidule ou faiblement aromatique et glacée ; elle leur sera donnée par cuillerée. En même temps on prescrit l'extrait gommeux d'opium en pilules à la dose de 5 à 10 centigrammes tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, suivant l'intensité plus ou moins grande des douleurs. On continue l'administration du remède jusqu'à ce qu'on obtienne un effet sédatif. On pourra en même temps agir directement sur les intestins en injectant dans le rectum un quart de lavement fait avec une décoction de guimauve, d'amidon, ou avec une solution de gomme adragant, additionnée de 12 à 25 gouttes de laudanum de Sydenham. En même temps le malade sera placé dans son lit : on lui recommande l'immobilité ; on rappelle ou on entretient la chaleur aux extrémités par des frictions aromatiques, irritantes, et mieux encore par l'application de la chaleur artificielle, et par des cataplasmes sinapisés. Les doses d'opium qu'on prescrit seront d'autant plus fortes et plus rapprochées que les douleurs sont plus vives, les spasmes plus forts, les évacutions plus nombreuses. Celles-ci sont parfois tellement répétées que les médicaments séjournent à peine dans les organes digestifs ; souvent même leur ingestion devient la cause déterminante de nouvelles évacuations. Dans ces cas si graves, il faudrait se hâter d'appliquer sur le ventre un vésicatoire avec de la pommade ammoniacale, et s'en servir pour introduire dans l'économie un sel de morphine, en commençant par 3 ou 5 centigrammes. Lorsque la maladie a une heureuse issue, il convient de continuer le même traitement pendant plusieurs jours ; on diminuera seulement la quantité d'opium.

Le traitement précédent s'applique au plus grand nombre des cas. Quelques personnes ont voulu qu'on s'abstînt de l'opium dans le traitement du choléra sporadique des très jeunes enfants ; ainsi M. le docteur Ménard conseille de n'employer chez eux que les boissons à la glace ; si les enfants sont à la mamelle, il ne leur rend le sein que lorsque les évacuations ont complétement cessé, et ne les laisse téter que quelques gorgées à la fois, Ce traitement est rationnel ; dans ce climat, il mérite sans contredit la préférence sur celui qu'on emploie en Amérique dans de pareilles circon-

stances, et qui consiste dans l'usage combiné des vomitifs et du calomel. Lorsque les malades sont en convalescence, il faut surveiller leur alimentation; car la plupart des rechutes sont produites par des erreurs de régime.

Il est quelques accidents consécutifs qui réclament l'emploi de divers moyens : ainsi il est des individus chez lesquels tous les symptômes du choléra ont cessé, sauf les vomissements, qui persistent; l'absence de fièvre, de soif, de douleur à l'épigastre, exclut, dans ces cas, l'idée d'une gastrite. Ces vomissements dépendant uniquement d'un état spasmodique; ils cèdent à l'emploi d'une boisson aromatique ou gazeuse, ou à quelques cuillerées de sirop d'éther ou à l'emploi des toniques et des amers; quand ils résistent à ces moyens, on applique un vésicatoire à l'épigastre, qui en triomphe presque toujours.

Nature. — Les anciens, en soutenant que le choléra était une sorte d'empoisonnement produit par une altération de la bile, avaient émis une opinion hypothétique, qui n'a été justifiée ni par les recherches de la chimie ni par l'anatomie pathologique. L'ouverture des cadavres a également prouvé que le choléra n'était pas une variété de la gastro-entérite; c'est ce qui est aussi bien démontré par la marche de la maladie, qui débute en général brusquement, et qui, après une durée courte, se termine rapidement, souvent même presque instantanément : or, ce n'est point là la marche qu'on observe dans les phlegmasies de quelque organe que ce soit. En analysant les symptômes principaux du choléra, on est conduit à considérer cette affection comme un flux actif qui se fait à la surface gastro-intestinale suivant un mécanisme encore inconnu.

DE LA POLYURIE.

SYNONYMIE. — *Hydrurie;* polydipsie; *diuresis;* diabète insipide ou faux diabète, etc.

La *polyurie* est une maladie caractérisée par une émission très abondante d'urines aqueuses ayant une faible pesanteur spécifique, et qui ne contiennent aucun principe sucré; les malades sont en outre tourmentés par une soif excessive qui les oblige à ingérer une très grande quantité de boissons. C'est en raison de ce symptôme prédominant que quelques auteurs ont donné à cette affection le nom de *polydipsie;* d'autres, en plus grand nombre, en ont fait une variété du diabète, et l'ont désignée sous les noms de *diabète insipide* ou *faux diabète.* Cependant nous dirons plus tard que quelques diabètes insipides appartiennent au diabète véritable, puisqu'il existe alors dans l'urine un sucre de fécule qui est masqué seulement par sa combinaison avec d'autres substances. Ces cas exceptés, nous croyons que la polyurie doit comprendre à peu près tous les faits décrits autrefois sous la dénomination de *diabète insipide* ou *non sucré.* M. Lacombe, dans sa thèse (1841), a tracé de cette affection une description très exacte.

Symptômes. — Dans la polyurie, les malades peuvent rendre des quantités d'urine plus considérables que dans le diabète; mais elles n'ont plus

la même composition. Dans l'affection dont je traite actuellement, ce liquide est clair, limpide, à peine coloré, plus ou moins semblable à de l'eau filtrée, peu ou point odorant ; il est neutre ou légèrement acide ; la chaleur et l'acide nitrique ne le troublent pas ; il a une pesanteur spécifique qui varie à l'aréomètre de Baumé de 0,0 à 2,0 ; elle est, en moyenne, de 0,4. La quantité de boisson que les malades prennent est en rapport avec cette exagération de la sécrétion urinaire. Il est, en effet, des individus auxquels il faut deux ou trois seaux de liquides pour étancher leur soif. Celle-ci est presque incessante ; la plupart des malades se réveillent souvent pendant la nuit pour obéir aux besoins impérieux de boire et d'uriner (Lacombe). Au milieu d'un trouble si remarquable, les digestions se font bien ; l'appétit est tantôt conservé, tantôt augmenté, rarement diminué ; les malades préfèrent pour la plupart une alimentation végétale et les boissons acidules. La bouche est pâteuse, la salive rare ; il existe une sensation de sécheresse dans la bouche et le pharynx ; il y a vers l'estomac un sentiment de gêne, comme dans le besoin exprimé par la faim (Lacombe). Les fonctions respiratoires et circulatoires sont à l'état physiologique ; la peau est généralement sèche et rugueuse ; les malades sont impressionnables au froid ; ils ont généralement peu d'embonpoint ; cependant leurs forces sont conservées, et ils ont presque l'aspect extérieur de la santé.

Marche, durée, terminaisons. — Cette affection, qui commence souvent dans l'enfance, va en augmentant jusqu'après la puberté, puis elle reste stationnaire. Lorsque la polyurie affecte les adultes, elle acquiert en peu de jours son summum d'intensité (Lacombe). Les saisons n'ont aucune influence sur les principaux symptômes de la maladie, tandis que le développement d'une affection fébrile produit pendant toute sa durée une diminution dans l'intensité de la soif (Lacombe). La polyurie a une durée indéterminée ; elle est rarement moindre de plusieurs années, et se prolonge souvent pendant toute la vie. Lorsqu'elle cesse, la guérison n'est le plus souvent qu'éphémère. Les récidives sont fréquentes. Il ne paraît pas que cette maladie ait jamais occasionné la mort ; cependant elle laisse les individus dans un état habituel de faiblesse, et lorsqu'elle commence dans l'enfance ou pendant la puberté, elle peut, comme nous l'avons vu une fois, retarder le développement régulier du corps.

Diagnostic. — On ne pourrait confondre la polyurie qu'avec le diabète ; mais elle en diffère par la composition des urines, par l'influence différente qu'elle a sur l'état de l'embonpoint et des forces, par la longueur de la maladie, qui d'ailleurs n'est peut-être jamais funeste (voir *Diabète*).

Pronostic. — Si la polyurie ne compromet pas prochainement l'existence, elle n'en doit pas moins être considérée comme une maladie fâcheuse, en raison de la persistance et de l'état maladif qu'elle entretient pendant toute la vie.

Causes. — Les causes de la polyurie sont inconnues. Cette maladie affecte plus fréquemment les sujets lymphatiques et scrofuleux ; les hommes semblent en être un peu plus fréquemment atteints, et l'âge adulte est celui qui y prédispose le plus. D'après un fait que M. Lacombe a rapporté

dans son excellente thèse, il semble que la polyurie peut se montrer héréditairement dans certaines familles.

Traitement. — Le traitement de la maladie dont je viens de parler est encore à trouver. On a tour à tour essayé, sans avantages, les antiphlogistiques, les émétiques, les narcotiques, les toniques, les martiaux, les astringents, les antispasmodiques, les régimes végétal et animal, etc.

DU FLUX DE LAIT OU GALACTORRHÉE.

Un flux immodéré de lait, produisant une altération plus ou moins grave dans la santé de la femme, caractérise la *galactirrhée* ou *galactorrhée*. Cette maladie affecte les nourrices ou les femmes qui ont sevré récemment.

Symptômes. — Le lait est sécrété et s'écoule en grande abondance par le fait de la succion de l'enfant, ou bien indépendamment de cette excitation, c'est-à-dire d'une manière spontanée; le flux s'opère alors spécialement quelques heures après les repas; les linges dont la femme se garnit sont traversés. Cette excrétion peut s'accompagner de douleurs et de tiraillements vers les mamelles et les aisselles. Quoique ces pertes aient pour effet d'augmenter d'abord l'appétit, on ne tarde pourtant pas à remarquer que la femme pâlit, maigrit, et que ses forces déclinent ; bientôt elle est essoufflée, oppressée, elle est tourmentée par des palpitations; l'appétit diminue ou cesse; enfin la fièvre hectique s'allume, des accidents colliquatifs, tels que la diarrhée et les sueurs, surviennent et accélèrent la terminaison fâcheuse. Cependant il est plus commun encore que ces derniers accidents soient symptomatiques de la présence de tubercules pulmonaires dont la galactorrhée a été la cause occasionnelle. Sans cette complication, le flux de lait peut cesser et la santé se rétablir sous l'influence seule d'un régime convenable.

Le *diagnostic* de la maladie ne présente aucune difficulté ; son *pronostic* peut être grave si le flux est spontané, considérable, et si la constitution est détériorée.

Causes. — La galactorrhée dépend le plus souvent de la trop forte excitation des seins produite par un enfant vorace, ou par l'allaitement de plusieurs nourrissons à la fois, ou bien encore par un allaitement trop prolongé. La maladie a paru aussi survenir quelquefois par l'abus des excitants, d'une alimentation trop réparatrice, ou bien, au contraire, par suite d'un régime débilitant, ou de la mauvaise constitution des individus.

Traitement. — La première indication consiste à sevrer l'enfant, non brusquement, ce qui aurait des inconvénients, mais lentement et en ayant soin de ne donner le sein que très longtemps après les repas. On soutient et on relève les forces par une alimentation réparatrice, à laquelle on associera souvent avec avantage l'usage des ferrugineux. Les seins seront soutenus convenablement, et l'on exercera sur eux une légère compression. Les femmes ne feront aucun effort ; elles devront surtout s'abstenir d'exécuter des mouvements avec les membres supérieurs. Enfin on produira

des révulsions par des pédiluves, par des laxatifs, par les diurétiques et les sudorifiques; le petit-lait de Weiss remplit plusieurs de ces indications. Lorsque, nonobstant le sevrage de l'enfant, la galactorrhée continue, on a proposé de faire des lotions vineuses aromatiques sur les seins, ou de les oindre avec un liniment camphré. M. Riesemberg, de Berlin, a conseillé l'usage de l'iode, et surtout de l'iodure potassique à l'intérieur, comme propre à tarir la sécrétions du lait. Mais l'expérience ne s'est pas encore prononcée sur l'efficacité de ce moyen (Voir le *Journal de Malgaigne*, numéro de janvier, année 1844).

DE LA SPERMATORRHÉE.

Synonymie. — Pollutions, pertes séminales.

Sous le nom de *spermatorrhée* on doit comprendre les écoulements plus ou moins abondants et répétés de sperme se faisant hors des circonstances qui les provoquent ordinairement (coït et masturbation), et s'opérant spontanément sans aucune excitation ou par l'effet d'un stimulant qui serait insuffisant dans l'état de santé. Cependant, comme les effets fâcheux qu'on observe sur la constitution sont les mêmes, quelle que soit la manière dont l'excrétion du sperme s'opère, que celle-ci soit spontanée comme dans les pollutions, ou qu'elle soit provoquée par des excès de femmes ou par la masturbation, nous réunirons dans cet article tous les accidents qui peuvent résulter des abus vénériens de quelque manière qu'on s'y livre.

Historique. — Les accidents qu'entraînent à leur suite les excès vénériens ont fixé de tout temps l'attention des observateurs. Ainsi Hippocrate en a donné une description succincte dans son deuxième livre *De morbis* sous le nom de *consomption dorsale*. Celse ne les a pas oubliés non plus dans son livre sur la conservation de la santé; mais le tableau le plus effrayant qu'on trouve dans l'antiquité est celui qui a été tracé par Arétée. Ce sujet important fixa plus spécialement l'attention des médecins pendant les deux derniers siècles : ainsi Hoffmann, Sénac, de Gotter, Van-Swiéten, Storcq, Gaubius, s'en sont occupés. Tout le monde connaît la célébrité du livre de Tissot; mais c'est avec raison qu'on a reproché à cet auteur d'avoir exagéré les fâcheux résultats de la masturbation, en présentant comme des effets ordinaires les accidents les plus graves, qui n'arrivent fort heureusement que dans des cas exceptionnels. Par conséquent la lecture du livre de Tissot ne peut être utile pour le médecin, et elle est pernicieuse pour l'onaniste, qui, ne ressentant pas ordinairement les incommodités que l'auteur signale, croit qu'on a voulu seulement l'effrayer. Le traité que M. Deslandes a publié sur le même sujet, il y a peu d'années, n'offre pas les mêmes inconvénients, et il a le mérite d'être peut-être un peu plus scientifique que celui de Tissot. On ne peut ici passer sous silence une dissertation que Wichman publia en Allemagne en 1782, et qui était presque oubliée dans son pays, lorsque Sainte-Marie en donna une traduction française en 1817. Mais le livre le plus remarquable que nous ayons jusqu'à présent est, sans contredit, celui du professeur Lallemand sur *les pertes séminales*. Cet ouvrage, dans lequel l'auteur a trop souvent

donné essor à sa brillante imagination, et où les vues spéculatives et les inductions remplacent quelquefois l'observation directe, n'en est pas moins une œuvre d'une grande portée, l'œuvre d'un esprit éminent, et qui fourmille de faits pratiques, d'aperçus ingénieux, de pensées généreuses et éminemment philosophiques. Ce livre, que quelques personnes ont à tort essayé de discréditer, eût été d'une lecture encore plus attrayante si l'auteur avait mis un peu plus d'ordre dans la distribution de son sujet, et surtout s'il eût été plus sobre de digressions, dont la plupart offrent néanmoins beaucoup d'intérêt.

Anatomie pathologique. — Nous ne possédons aucun renseignement précis sur l'état des organes génitaux chez les sujets qui succombent à la spermatorrhée. M. Lallemand a prétendu pourtant qu'on trouvait chez eux des traces d'inflammation dans les vésicules séminales, dans la prostate et les canaux éjaculateurs, et des érosions, des ulcérations ou des cicatrices à l'orifice de ces conduits, etc. Mais les faits, au nombre de neuf, rapportés par l'ancien professeur de Montpellier ne sont pas concluants, puisque rien ne prouve qu'une spermatorrhée ait existé *sur aucun* des individus dont les organes génitaux internes ont présenté diverses altérations, toutes consécutives à des phlegmasies anciennes.

Symptômes. — Il est des pollutions utiles : ce sont celles qui se manifestent de temps en temps pendant la nuit, dans les rêves lascifs, chez les adolescents et les adultes qui vivent dans la continence ; elles remédient alors à une pléthore spermatique, et sont généralement suivies de soulagement et d'un sentiment de bien-être. On a même cité des états graves de l'économie qui avaient promptement cédé après une ou plusieurs de ces pollutions (P. Frank, Sainte-Marie). Mais il n'en est plus de même si les émissions de sperme se font à des intervalles rapprochés, soit que la perte de semence ait lieu dans l'acte du coït ou qu'elle ait été provoquée par la masturbation, soit enfin qu'elle s'opère spontanément comme dans les cas de pollutions. Celles-ci peuvent survenir primitivement chez des individus continents ; plus souvent elles se déclarent chez des personnes qui ont abusé du commerce des femmes ou qui se sont livrées immodérément à la masturbation. Elles commencent presque toujours par avoir lieu pendant la nuit seulement ; mais, à mesure qu'elles se répètent, les phénomènes d'excitation qui les précédaient et les accompagnaient autrefois diminuent ou cessent. L'émission de la semence se fait alors spontanément sans être provoquée par rien, sans que la verge soit en érection complète ; souvent même le pénis reste tout à fait flasque, l'éjaculation est faible, ou bien le sperme s'échappe en bavant sans que le malade en ressente le moindre plaisir. Au lieu de s'écouler au dehors, le liquide peut s'épancher en totalité ou en partie dans la vessie et être rendu plus tard pendant la première émission d'urine : c'est ce qui arrive quand il existe un rétrécissement considérable de l'urètre dans les portions bulbeuse ou prostatique, ou lorsque, par suite de cicatrices ou d'adhérences vicieuses, l'orifice des conduits éjaculateurs est dévié et porté en arrière. Dans tous ces cas, les accidents sont les mêmes ; en effet, que le sperme se soit écoulé au dehors

ou qu'il se soit épanché dans la vessie, son émission hors des vésicules séminales s'accompagne de brisement dans les membres, d'une grande faiblesse, de céphalalgie, de torpeur et de somnolence; les individus à leur réveil, sont courbaturés et inaptes à se livrer à leurs occupations, si celles-ci nécessitent quelques efforts intellectuels ou musculaires.

Cependant ce n'est pas seulement pendant la nuit que les pollutions ont lieu; on les observe en effet fréquemment dans l'état de veille; elles se font alors surtout pendant la défécation ou durant l'émission de l'urine. Chez d'autres, elles sont provoquées par l'équitation ou par les efforts, par le moindre attouchement ou par le plus léger fortement du gland. Dans ces cas, le sperme peut être facilement reconnu à sa consistance, à sa couleur et à son odeur; mais à mesure que les pollutions se répètent, la liqueur séminale change d'aspect et devient plus ou moins séreuse; il importe donc de déterminer la nature du liquide à l'aide du microscope. L'emploi de cet instrument est surtout indispensable dans les cas où le sperme s'échappe pendant l'émission de l'urine. On a dit qu'on pouvait alors reconnaître l'existence de la spermatorrhée par la nature du dépôt qui se formait dans le vase où l'urine avait été rendue. Ainsi, suivant M. Lallemand, on verrait d'abord des corpuscules transparents, irrégulièrement sphériques, d'un volume variable et assez semblables à des grains de semoule; mais si la maladie est ancienne, on ne trouve plus ces granulations; il existe seulement alors un nuage épais, homogène, blanchâtre, parsemé de petits points brillants qui occupent les couches inférieures, et qu'on a comparés au dépôt qui se forme dans une décoction d'orge ou de riz un peu concentrée. Comme on le conçoit bien, ces dépôts n'ont rien de caractéristique; aussi faut-il s'aider du microscope et rechercher s'ils ne contiennent pas des animalcules spermatiques.

L'examen microscopique fournit d'ailleurs des résultats intéressants: ainsi M. Lallemand a vu que, lorsque la spermatorrhée était toute récente, le fluide séminal conservait encore ses propriétés, et que les zoospermes ne présentaient rien de remarquable sous le rapport du nombre et du volume. Mais il n'en est plus de même lorsque, par la répétition et l'abondance des pertes séminales, le sperme est devenu moins consistant et presque séreux; car alors, d'après le même observateur, les animalcules sont moins vivaces, puisqu'on les trouve morts quelques minutes après leur expulsion; ils sont parfois d'un quart ou d'un tiers plus petits qu'à l'état normal; leur queue est difficile à distinguer avec un grossissement de trois cents fois; plus tard encore les animalcules deviennent rares et peuvent disparaître, quoique la liqueur conserve encore l'odeur spermatique: alors à la place des zoospermes on ne trouve plus que des globules ovoïdes ou sphériques. Faut-il admettre, avec M. Donné, que des cristaux d'oxalate de chaux se rencontrent communément dans l'urine des spermatiques en raison d'une excitation sympathique des reins? c'est là un fait qui n'est pas encore établi suffisamment.

Un des premiers accidents des pollutions nocturnes ou diurnes est une diminution dans l'énergie, dans la longueur des érections et dans la rapi-

dité avec laquelle l'éjaculation se fait : enfin peu à peu les érections sont impossibles, les malades sont alors devenus tout à fait *impuissants*.

Cependant les pertes séminales, en se reproduisant, finissent par produire sur l'économie tout entière des effets fâcheux : ainsi les malades pâlissent et maigrissent, ils perdent leurs forces, ils tremblent des membres, ils ont des pesanteurs de tête, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles ; quelques uns ont de temps en temps des congestions cérébrales, qui, ordinairement, sont légères et fugaces, mais qui parfois sont alarmantes. Leur vue est affaiblie ; ils sont tristes, mélancoliques ; leurs digestions sont lentes, difficiles, accompagnées d'aigreurs, de flatuosités ; ils sont essoufflés, asthmatiques, tourmentés par des palpitations, et leur voix est faible. Quelques uns éprouvent des convulsions ou de véritables accès d'épilepsie ; d'autres ont un ou plusieurs membres roides, contracturés ou paralysés. Enfin, à un degré plus avancé, les malades tombent dans un état de consomption connu sous le nom de *tabes dorsalis*. Pâles, amaigris, se soutenant à peine, ces individus ressemblent à des cadavres ambulants ; épuisés au physique comme au moral, leurs pieds s'infiltrent, leurs cheveux tombent, leurs sens et surtout la vue s'éteignent ; ils ont du dévoiement, alternant avec de la constipation ; enfin ils succombent dans le dernier degré de marasme, et quelques uns, profondément découragés, ont recours au suicide pour mettre un terme à leurs longues souffrances. Au milieu de l'appareil de symptômes graves que je viens de dépeindre, les malades sont sans fièvre ; c'est une circonstance remarquable déjà notée par Hippocrate, et sur laquelle M. Lallemand a beaucoup insisté. Les tabescents sont en effet sans fièvre, non seulement au début, mais encore à une période avancée. Un appareil fébrile, quels que soient d'ailleurs ses caractères, qui se déclare à une époque quelconque de la spermatorrhée est presque toujours l'indice d'une complication.

Marche, durée, terminaisons. — Les pollutions ont toujours une marche très irrégulière, très inégale. Tantôt elles offrent des variations journalières tout à fait inexplicables ; d'autres fois celles-ci tiennent à l'influence manifeste de quelque cause extérieure : ainsi les malades se trouvent communément mieux d'un temps humide pluvieux, tandis que la plupart souffrent davantage quand le ciel est pur et sec. D'après M. Lallemand, le printemps agirait d'une manière fâcheuse sur presque tous les tabescents, et cette exaspération des symptômes tiendrait évidemment à l'augmentation des pertes séminales. L'automne est la saison la plus favorable. Beaucoup de ces individus éprouvent un redoublement dans leurs maux, par suite d'une congestion hémorrhoïdaire, par la présence d'ascarides dans le rectum, ou quand la constipation se prolonge, etc. ; mais la maladie présente, en outre, une foule d'oscillations qui paraissent inexplicables, quelque attention qu'on mette à en rechercher la cause. Dans les cas les plus graves, dit M. Lallemand, ces oscillations sont journalières et peu prononcées ; la marche peut alors être rapide et comme *continue*, quoique toujours irrégulière. Ces spermatorrhées mériteraient d'être appelées *aiguës* si leur durée

n'était encore fort longue. Quant à celles dont les rémissions ou les intermittences sont plus tranchées, on conçoit que leur influence sur l'économie diminue dans la même proportion. Les suspensions les plus complètes et les plus prolongées sont évidemment celles qui sont les plus favorables à la conservation des forces et à l'intégrité de la constitution. C'est alors que la maladie peut être regardée comme éminemment chronique, puisque des tabescents peuvent conserver pendant vingt, trente ans et plus toutes les apparences de la santé. Ces cas se confondent d'une manière insensible avec ceux des pertes séminales, qu'on ne peut plus regarder comme morbides, puisqu'elles n'altèrent pas la constitution.

La spermatorrhée a peu de tendance à se terminer spontanément. Il semble que les progrès de l'âge, en ralentissant la sécrétion spermatique, devraient diminuer la fréquence et l'abondance des pollutions. Cela est généralement vrai ; mais la moindre évacuation de liqueur séminale dans la vieillesse produit beaucoup plus de faiblesse qu'aux autres périodes de la vie ; de sorte que, quoique la maladie ait diminué, ses effets constitutionnels restent à peu près les mêmes. Beaucoup de pollutions cèdent quand on fait disparaître certaines causes d'excitation qui les entretiennent ou qui les ont fait naître. Enfin, on voit qu'elles se dissipent peu à peu par l'usage régulier du coït; mais cela n'a guère lieu qu'au début, lorsque les fonctions ne sont pas encore altérées, et que les pollutions sont l'effet de la continence : mais aussitôt que la consomption est véritablement établie, les rapports sexuels sont plus nuisibles qu'utiles (Hippocrate, Lallemand). En résumé, dit M. Lallemand, les pertes séminales, arrivées au point de constituer une maladie, ont plus de tendance à s'aggraver qu'à diminuer spontanément ; l'habitude seule suffirait pour en rendre la guérison de plus en plus difficile.

L'épuisement causé par les pertes séminales peut être porté au point d'occasionner la mort. Ces malades succombent alors par syncope ou avec les symptômes d'une congestion cérébrale ; toutefois ces faits sont excessivement rares. Presque tous les tabescents, après être restés longtemps languissants, sont emportés par une maladie aiguë ou chronique intercurrente, qui généralement alors suit une marche beaucoup plus rapide, en raison de l'état constitutionnel du sujet.

Accidents consécutifs. — On exagérerait les effets pernicieux des abus vénériens, si on les regardait comme des causes très actives de lésions viscérales graves. Il ne me paraît pas, en effet, que la spermatorrhée produise souvent, comme on l'a dit, comme semble aussi le croire M. Deslandes, des affections organiques du cœur, du cerveau, de l'estomac, etc. Les troubles fonctionnels qu'on observe vers ces organes sont presque toujours purement nerveux. Les excès vénériens sont, en effet, une cause très active de névroses, c'est-à-dire de cette classe de maladies qui consistent dans un trouble profond des fonctions nerveuses d'un ou plusieurs organes, sans que ceux-ci soient le siége d'aucune lésion matérielle. Ainsi la masturbation, chez les enfants et les adolescents, occasionne souvent l'épilepsie et la chorée ; à un âge plus avancé, les pertes séminales peuvent produire la

manie, la lypémanie, la démence et l'hypochondrie, indépendamment des autres troubles nerveux qui, comme les palpitations, l'essoufflement, la gastralgie, la dyspepsie, la paralysie des sens ou des membres, et les contractures musculaires, ne se lient non plus à aucune lésion organique, ainsi que le prouve leur cessation rapide aussitôt que la spermatorrhée est guérie.

Diagnostic. — Le diagnostic des pertes séminales présente souvent beaucoup d'obscurité. Peu de malades les dissimulent; mais il en est beaucoup qui en ignorent l'existence, et qui, rattachant à d'autres causes les accidents qu'ils éprouvent, induisent souvent le médecin en erreur.

Les pertes séminales ne peuvent être confondues avec les écoulements chroniques de l'urètre, de la prostate ou des glandes de Cowper; car ceux-ci sont *lents*, *continus*, *uniformes*, tandis que dans les pertes séminales le sperme sort *subitement en quantité notable* chaque fois, et à des intervalles plus ou moins rapprochés; dans aucun cas, on ne le voit s'écouler d'une manière continue ou goutte à goutte (Lallemand). Lorsque des pertes séminales viennent compliquer des écoulements chroniques de l'urètre, on voit alors un suintement continuel; puis, soit spontanément, soit à l'occasion d'un effort, etc., un écoulement plus abondant se fait tout à coup. Celui-ci a une odeur particulière; il est suivi des symptômes qui accompagnent chaque excrétion morbide de sperme; enfin, l'examen microscopique fait cesser tous les doutes en démontrant l'existence des zoospermes.

Lorsque les pollutions sont internes, c'est-à-dire lorsque le sperme, en raison surtout d'un rétrécissement de l'urètre, en avant de l'orifice des conduits éjaculateurs, n'est plus expulsé au dehors, mais s'épanche dans la vessie, on pourrait aisément méconnaître l'existence de la maladie. Cependant, lorsque chez un individu qui s'affaiblit, qui maigrit et devient impuissant, on ne trouve aucune lésion organique pour expliquer ces accidents; lorsqu'on apprend par l'interrogatoire du malade qu'une ou plusieurs fois le jour, à la suite des efforts de défécation, ou bien le matin à son reveil, il éprouve ce malaise, cette céphalalgie, ces étourdissements, cette faiblesse, ce brisement des membres, qui accompagnent les émissions morbides de sperme, on devra soupçonner cette affection, et pour éclairer les doutes, il faudra recueillir l'urine, la laisser déposer, et, après l'avoir décantée, examiner au microscope la nature du dépôt qu'on trouve au fond du vase. On agira de même chez les libertins et les masturbateurs qui ne se rétablissent pas, quoiqu'ils aient cessé de se livrer à leurs excès ou à leur coupable habitude; car, dans ces cas, il est très commun que le rétablissement de la santé soit empêché par des pertes séminales qui se sont souvent établies à l'insu des malades.

Nous avons vu que les sujets atteints depuis longtemps de pertes séminales finissaient par éprouver de la dyspnée, des palpitations, des étourdissements, de la dyspepsie, de la paralysie, des contractures des membres, accidents qui ont souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic, et ont fait croire à l'existence de maladies du cœur, des poumons, du cerveau,

de la moelle, de l'estomac. M. Lallemand, dans son important ouvrage, parle d'un grand nombre de malades qui, par suite de ces méprises, commises souvent par des hommes très expérimentés, eurent à souffrir des traitements longs et douloureux, et qui ne faisaient qu'empirer leur état. On ne commettra pas des erreurs aussi préjudiciables si on s'habitue de bonne heure à ne jamais négliger d'étudier les phénomènes qui se passent du côté des organes génitaux. Le diagnostic de la spermatorrhée une fois établi, il faudra rechercher la cause qui l'a produite et qui l'entretient.

Pronostic. — Les pertes séminales constituent toujours une affection grave, en raison des atteintes que la santé générale en éprouve, et parce qu'elles produisent souvent l'impuissance. D'ailleurs, la gravité du pronostic sera proportionnée à l'ancienneté de la maladie, à l'influence plus ou moins fâcheuse qu'elle a exercée sur la constitution, et enfin à la facilité avec laquelle on peut combattre et détruire la cause qui a produit l'affection. Les pertes diurnes sont toujours graves et incompatibles avec l'état de santé.

Étiologie. — Les pertes séminales reconnaissent une infinité de causes. On les observe fréquemment chez des individus qui se sont livrés à la masturbation ou qui ont abusé du commerce des femmes. Les excès vénériens sont sans contredit une des causes les plus efficaces de la spermatorrhée ; c'est ce qu'on observe également chez les animaux. C'est ainsi que tous les vétérinaires reconnaissent que les pollutions qui affectent les étalons dépendent presque toujours des saillies trop prolongées ou trop rapprochées. La continence, surtout chez des individus qui ont le sens génésique très développé, amène souvent le même résultat. La maladie est parfois l'effet de causes directes, c'est-à-dire de causes qui agissent immédiatement sur les organes génitaux ; telles sont l'accumulation des fèces dans le rectum, l'abus des drastiques, la présence d'un grand nombre d'oxyures ou d'hémorrhoïdes, une induration squirrheuse du rectum, affections qui toutes semblent agir en excitant les contractions des vésicules séminales. D'autres fois, ce sont des maladies qui produisent un état d'excitation sur les conduits éjaculateurs, et qui, en se propageant ensuite jusqu'aux vésicules séminales, les provoquent à se débarrasser du sperme qu'elles contiennent. Telles sont l'accumulation insolite de la matière sébacée du prépuce, l'herpès *præputialis*, l'inflammation chronique de l'urètre, surtout de sa portion prostatique. Enfin, les pertes séminales peuvent survenir chez des sujets affaiblis par le jeûne et les veilles, par les méditations profondes, par les chagrins, ou bien encore chez les individus qui nourrissent sans cesse leur imagination d'idées lascives. On trouve dans l'ouvrage de M. Lallemand des faits qui démontrent la réalité de chacune des causes que je viens d'énumérer.

Traitement. — La première indication est de faire cesser les causes qui donnent lieu à la spermatorrhée. C'est ainsi qu'il existe des faits nombreux dans la science, qui prouvent qu'il a suffi de vaincre une constipation opiniâtre, d'expulser des oxyures, d'exciser des hémorrhoïdes ou une bride du rectum, de guérir un herpès *præputialis*, d'empêcher l'accumulation

de la matière sébacée autour du gland, etc., etc., pour faire cesser presque aussitôt des pertes séminales qui existaient depuis longtemps et avaient souvent exercé la plus fâcheuse influence sur la constitution. M. Lallemand a également prouvé que les pertes séminales qui dépendaient d'une inflammation chronique de la membrane muqueuse urétrale, surtout de sa portion prostatique, guérissaient lorsqu'on modifiait cette surface par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Dans ces cas, pourtant, l'amélioration n'est pas toujours immédiate; elle n'arrive, en effet, souvent que plusieurs semaines après : aussi ne doit-on recourir à une nouvelle cautérisation qu'au bout d'un mois et même de six semaines. Ce traitement convient surtout dans les cas où les pertes séminales ont été consécutives à des blennorrhagies. On constate l'état maladif du canal à l'aide du cathétérisme. Le bec de la sonde, en effet, en arrivant sur la portion de la membrane muqueuse qui est altérée, y excite une vive douleur. Les révulsifs puissants sur le périnée pourraient-ils dans ce cas être utiles? Je ne sais. Cependant Huzard rapporte avoir guéri promptement un étalon atteint de spermatorrhée, en portant un bouton de feu au périnée. M. Kaula dit, dans sa Thèse (année 1846), que le même traitement a été employé également avec succès en Italie.

Il faut commencer aussi par éloigner tout ce qui pourrait provoquer l'excitation des organes génitaux : ainsi on renoncera aux lectures érotiques, on évitera la société des femmes. Cependant, dans quelques cas, il sera utile que les malades se livrent de temps en temps au coït, surtout si les pertes séminales sont l'effet de la continence. Les malades coucheront sur la paille ou le crin, et conserveront autant que possible le décubitus sur un des côtés. On conseillera les distractions, les promenades, un régime doux, l'abstinence des mets échauffants, épicés, des liqueurs alcooliques. On tiendra le ventre libre; la vessie sera vidée plus souvent, surtout pendant la nuit. Les moyens qui précèdent conviennent toutes les fois que la constitution n'est pas encore affaiblie et que les pertes séminales existent avec un état d'excitation. La conduite sera bien différente lorsque la spermatorrhée, remontant déjà à une époque éloignée, a très affaibli les individus, et lorsque l'écoulement du sperme semble s'opérer d'une manière toute passive. Il faut alors recourir aux toniques, aux aliments nutritifs, à la fécule, au vin généreux, aux ferrugineux, au lait et aux boissons glacées, aux bains frais, aux bains de mer, aux lotions froides et aromatiques sur le périnée, sur la verge et le scrotum, aux lavements froids, aux douches sur les lombes, le sacrum, le périnée. Quelquefois la susceptibilité des organes digestifs est telle que les malades ne peuvent être soumis immédiatement à une alimentation réparatrice; on commencera alors par leur donner les bouillons d'écrevisses, de grenouilles et de tortue, le lait de vache, d'ânesse, et même le lait de femme.

Il est des remèdes qui jouissent d'une réputation populaire pour réveiller les organes génitaux et faire cesser l'impuissance : tels sont le phosphore et surtout les cantharides. Mais l'utilité de ces moyens est très contestable; M. Lallemand même n'hésite pas à les proscrire, comme ayant

l'inconvénient d'exciter les pertes séminales. Le galvanisme n'offre pas le même danger : M. Lallemand l'a employé quelquefois avec beaucoup d'avantage. On doit, dans les cas qui en permettent l'usage, établir le courant entre les lombes et les pubis ou le périnée. Il paraît aussi que quelques spermatorrhées chroniques, après avoir résisté à toutes les médications, ont cédé assez rapidement à l'emploi de l'ergot de seigle, administré à la dose de 30 à 120 centigrammes par jour. Toutefois l'utilité de ce remède n'est pas encore suffisamment établie. Il en est de même du traitement préconisé récemment par M. Brachet, et qui consiste à exercer une compression en arrière du périnée sur la prostate à l'aide d'une pelote. Il faut savoir, enfin, que des spermatorrhées rebelles à toutes les médications ont cédé quelquefois au traitement antisyphilitique, comme si la maladie était alors entretenue par quelque lésion que la médication spécifique venait détruire.

Le commerce des femmes a pu être utile à quelques tabescents pour rompre des habitudes de masturbation ou pour faire cesser des pollutions nocturnes entretenues par une continence trop absolue ; mais, hors ces cas, le coït est pernicieux pour ces malades. Il ne suffit pas cependant, ainsi que l'a établi M. Lallemand, que les tabescents observent matériellement la continence ; il faut encore qu'ils s'efforcent de rester moralement chastes, en éloignant de leurs sens, de leurs pensées, tout ce qui peut éveiller des préoccupations érotiques. La moindre imprudence de ce genre, dit encore l'ancien professeur de Montpellier, leur est aussi funeste qu'une indigestion, un excès de boisson et une équitation trop forte. Cependant il arrive une époque où les rapprochements sexuels doivent être permis et même ordonnés ; mais on ne peut, avec Hippocrate, fixer aucun terme à la continence : la conduite à tenir sera ici subordonnée à l'état général du sujet. Quelquefois même il pourra être utile de conseiller le rapprochement sexuel à certains intervalles et avant la guérison complète, afin de prévenir des pollutions nocturnes.

Prophylaxie. — La prophylaxie des excès vénériens varie suivant que ceux-ci sont l'effet du coït ou de la masturbation. Il n'y a guère que les adultes et les jeunes gens qui aient la possibilité de se livrer au coït avec excès : pour les préserver des dangers qu'ils courent, il faut parler à leur raison, leur dépeindre sous les couleurs les plus sombres les périls auxquels ils s'exposent ; si la chose est possible, on leur créera des obstacles aux rapports sexuels, et on les soumettra au régime dont nous allons parler pour la masturbation, dans le but de diminuer le plus possible la sécrétion du sperme et l'excitation des organes génitaux. Mais les bons conseils, les moyens moraux et religieux ont rarement de l'efficacité pour faire cesser chez les jeunes gens la pernicieuse habitude de la masturbation. Tous les appareils de coercition imaginés sont insuffisants ou dangereux ; la surveillance la plus assidue, la plus intelligente, est mise en défaut. Dans ces cas, pour diminuer l'activité des organes génitaux, on doit surtout compter sur les exercices corporels, tels que les promenades, la gymnastique, la natation, l'escrime ; car, ainsi que l'a dit avec juste raison

M. le professeur Lallemand, aucune surveillance, aucun principe de religion ou de morale, ne sauraient avoir des effets aussi sûrs qu'une fatigue journalière qui amène chaque soir, au moment où les masturbateurs se livrent à leur manœuvre, un besoin urgent de repos ; cet exercice forcé diminue en outre la sécrétion du sperme : il modère l'influence des organes génitaux et l'empire de l'imagination. Que faire pourtant lorsque l'hygiène, les moyens moraux, religieux, coercitifs et jusqu'aux châtiments ont tout à fait échoué? Que faire d'un adolescent qui, trompant la surveillance de tous les instants, se livre avec une sorte de fureur à une pratique qui épuise déjà sa constitution? Dans ce péril, il ne faut pas hésiter à adopter un parti qui, sans doute, est un mal, mais un mal bien moins grand que celui qu'on veut combattre. C'est ce que J.-J. Rousseau a admirablement exprimé dans les lignes suivantes : « Défiez-vous de l'instinct : il serait dangereux qu'il apprît à votre élève à donner le change à ses sens et à suppléer aux occasions de les satisfaire ; s'il connaît une fois ce dangereux supplément, il est perdu. Sans doute il vaudrait mieux encore.... Si les fureurs d'un tempérament ardent deviennent invincibles, mon cher Émile, je te plains ; mais je ne balancerai pas un moment, je ne souffrirai pas que la fin de la nature soit éludée. S'il faut qu'un tyran te subjugue, je te livre par préférence à celui dont je veux te délivrer : quoi qu'il arrive, je t'arracherai plus aisément aux femmes qu'à toi. » L'opinion du grand philosophe est aussi celle de tous les médecins expérimentés qui se sont occupés du sujet dont nous traitons ici. MM. Deslandes et Lallemand l'ont adoptée dans leurs ouvrages avec une grande franchise ; cependant il importe de dire ici, avec le savant professeur de Montpellier, qu'il arrive un moment où cette puissante ressource échappe elle-même, parce qu'on a trop longtemps attendu. La perversion de l'instinct génital est alors portée au point que toute femme est prise en aversion, en dégoût.

Y a-t-il chez la femme des pollutions analogues pour les effets à la spermatorrhée? — Pierre Frank a répondu affirmativement à cette question, M. Requin est porté également à l'admettre ; enfin un interne des hôpitaux, M. Guibout, a publié en 1847, dans l'*Union médicale*, une observation concluante. On sait que pendant le coït le vagin et la vulve surtout sont lubrifiés par un mucus plus ou moins filant ; ce fluide spécialement fourni par les glandes vulvo-vaginales, est quelquefois extrêmement abondant et il coule avec une instantanéité telle qu'on peut dire qu'il est projeté par une éjaculation véritable. Un rêve érotique, la masturbation, et chez les femmes ardentes, le contact, la vue, le souvenir d'une personne, la marche même suffisent pour déterminer cette excrétion qui, en se répétant, amène les mêmes incommodités, les mêmes troubles que la spermatorrhée produit chez l'homme.

Quatrième genre de sécrétions morbides.

DES PNEUMATOSES OU SÉCRÉTIONS GAZEUSES.

Sous l'influence de certains états morbides, des gaz peuvent être exhalés dans les parties qui normalement ne doivent point en contenir, ou bien certains organes qui, comme les intestins, en renferment normalement, peuvent en produire une quantité plus considérable qu'à l'état physiologique, d'où résultent divers accidents ou troubles fonctionnels. C'est à cette accumulation insolite de fluides élastiques qu'on donne le nom de *pneumatose*. Les gaz qu'on trouve ainsi infiltrés ou accumulés dans nos organes ou dans nos tissus n'ont pourtant pas toujours été exhalés par eux. Ainsi ils peuvent être formés par l'air atmosphérique qui s'est introduit par quelque ouverture naturelle ou accidentelle; d'autres fois ils résultent de la décomposition de certaines substances solides ou liquides; ailleurs enfin, c'est un des organes qui renferment naturellement de l'air ou des gaz qui se rompt ou se perfore, et qui permet aux fluides élastiques de s'épancher ou de s'infiltrer dans les parties voisines.

D'après le titre de ce chapitre, il ne devrait point être question ici de cette dernière sorte de pneumatose; néanmoins, comme les symptômes et les troubles fonctionnels diffèrent peu, quelle que soit la manière dont l'accumulation gazeuse se produit, nous croyons convenable, pour éviter des répétitions inutiles, de rapprocher des pneumatoses par exhalation quelques unes de celles qui sont traumatiques.

* DE L'EMPHYSÈME.

On donne le nom d'*emphysème* à l'infiltration d'un gaz dans le tissu cellulaire. Cette maladie est caractérisée par une tuméfaction plus ou moins considérable, élastique, sans changement de couleur des parties; celles-ci, comprimées, font entendre une crépitation particulière, caractéristique, semblable au bruit qu'on obtient en froissant du parchemin ou une vessie sèche. L'emphysème occupe le plus souvent le tissu cellulaire sous-cutané et parfois aussi le tissu cellulaire sous-muqueux, tel que celui qui double la conjonctive ou bien encore celui qui sépare les tuniques intestinales, plus rarement le tissu cellulaire sous-séreux et surtout celui des épiploons; il est probable que dans ces derniers cas l'emphysème constitue une lésion purement cadavérique.

On a divisé l'emphysème en *traumatique* et en *spontané*. Le premier, qui est le plus ordinaire, succède aux plaies contuses, et surtout à toutes les solutions de continuité qui intéressent les fosses nasales, le larynx, la trachée, les poumons et le tube digestif. Dans les cas, beaucoup plus rares, où le gaz est exhalé par le tissu cellulaire lui-même, on dit que l'emphysème est *spontané*. On a vu celui-ci survenir quelquefois après l'impression du froid, à la suite d'une émotion morale, d'une attaque d'hystérie, dans le cours d'une fièvre continue, éruptive, à la suite d'une excitation de la peau, comme après des frictions irritantes ou d'une contusion de cette

membrane ; enfin, plus souvent encore, l'emphysème spontané se déclare dans une partie mortifiée ou à son voisinage ; la gangrène est, en effet, la cause la plus ordinaire de l'emphysème spontané et circonscrit.

L'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire est ordinairement bornée à un espace plus ou moins circonscrit : cependant, dans beaucoup de cas, l'emphysème peut être presque général, c'est-à-dire qu'il envahit successivement toute ou presque toute la périphérie du corps. C'est alors seulement qu'il s'accompagne d'accidents plus ou moins graves ; il y a, en effet, de l'anxiété, de l'oppression et des phénomènes d'asphyxie, dépendant, dit-on, de ce que l'emphysème se propage aux poumons eux-mêmes. Mais une pareille issue est rare, et dans la plupart des cas, la maladie a une heureuse terminaison, soit qu'on pratique une issue artificielle au gaz, soit que le fluide soit résorbé. On a vu l'emphysème se montrer ainsi et disparaître alternativement plusieurs fois.

D'après les caractères que nous venons d'énumérer, il sera facile de distinguer l'emphysème de l'œdème, qui est la seule affection avec laquelle on pourrait le confondre. Celui-ci, en outre, diffère du premier par l'absence de crépitation, et parce que la partie conserve l'impression du doigt. Il est à peine nécessaire de dire que l'emphysème est quelquefois simulé par des conscrits pour échapper au service militaire, par des mendiants pour exciter la commisération publique ; mais, dans ces cas, on trouvera sur la peau les traces récentes d'une piqûre qui a servi à insuffler l'air dans le tissu cellulaire.

L'emphysème ne présente, en général, aucune gravité par lui-même : son pronostic n'est fâcheux que lorsqu'il est devenu général, ou qu'il siège autour des tuyaux aériens qu'il comprime.

Le traitement de l'emphysème simple consiste dans la compression et l'application de quelques topiques résolutifs ; si ces moyens sont inutiles, si la distension des tissus est trop considérable, et si l'emphysème continue à envahir de nouvelles parties, on donnera issue aux gaz infiltrés en pratiquant sur la peau des incisions ou des mouchetures.

L'emphysème qui se développe après la mort est un phénomène annonçant la décomposition putride ; il commence à une époque plus ou moins éloignée ; dans certains cas, à peine quelques heures se sont-elles écoulées depuis le moment de la mort, que déjà la peau est partout soulevée par un fluide élastique. Cette production rapide de l'emphysème se remarque surtout à la suite des asphyxies par le gaz des fosses d'aisances, ou bien après les maladies charbonneuses pestilentielles, et quelquefois aussi sur les cadavres des individus emportés par la fièvre typhoïde.

DE L'EMPHYSÈME INTERLOBULAIRE DES POUMONS.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la maladie improprement nommée *emphysème vésiculaire* des poumons ; car cette affection, anatomiquement caractérisée par la dilatation des vésicules, doit être rapprochée de quelques lésions analogues affectant d'autres organes ; nous en renvoyons donc l'histoire ailleurs. Nous dirons ici quelques mots d'une affection qui

seule mériterait de conserver le nom d'emphysème, et qui consiste, en effet, en une infiltration d'air dans le tissu cellulaire qui sépare les lobules pulmonaires; de là le nom d'*emphysème interlobulaire* sous lequel elle est généralement connue depuis Laënnec, qui en a tracé la première description.

Anatomie pathologique. — Lorsque de l'air est infiltré dans les tissus cellulaires intervésiculaire et sous-pleural, on voit à la surface des poumons des saillies irrégulières, dont le volume varie depuis celui d'un grain de chénevis jusqu'à celui d'une noix, d'un œuf, et plus : ainsi M. Bouillaud a vu l'air former une poche tellement grosse, qu'elle ressemblait à un estomac. Quand on presse ces saillies avec les doigts, on les déplace, et on fait aisément cheminer sous la plèvre le fluide élastique qu'elles contiennent. Cependant, comme Laënnec l'observe, l'air, quoique réellement hors des vésicules, ne peut souvent être déplacé par la pression, lorsque, s'étant extravasé au point de réunion des cloisons, il se creuse en ce lieu une petite cavité qui se dessine à la surface du poumon sous forme de losanges ou de triangles sans saillie notable. Lorsque l'emphysème est très étendu, les poumons ne s'affaissent pas; ils semblent à l'étroit dans la poitrine, et crépitent d'une manière toute particulière aussitôt qu'on les presse entre les doigts. L'infiltration gazeuse des poumons peut gagner l'un et l'autre médiastins, et se propager même à une partie du corps.

Symptômes. — On ignore encore complétement les signes auxquels on peut reconnaître un emphysème interlobulaire. Laënnec avait assigné à cette affection, comme phénomènes pathognomoniques, 1° un *râle crépitant à grosses bulles*, qu'il comparait à la crépitation que donne l'emphysème cutané quand on le comprime; 2° le *bruit de frottement*. Mais ces deux signes d'auscultation appartiennent bien moins à l'emphysème qu'à des complications : ainsi le râle dont Laënnec parle n'est autre, suivant nous, comme d'après MM. Louis et Stokes, que le râle sous-crépitant ordinaire, se liant à l'existence d'une bronchite concomitante; tandis que le bruit de frottement dépend de la formation récente de quelques fausses membranes pleurétiques. On ignore complétement les résultats que fournissent ici la percussion et l'inspection des parois thoraciques. On a regardé encore comme un signe de rupture des vésicules pulmonaires la manifestation subite d'un emphysème sous-cutané, survenant à la suite d'efforts de toux, ou dans un accès de dyspnée et qui, commençant à la partie antérieure et inférieure du cou, envahirait ensuite toute ou presque toute la périphérie du corps. Mais rien ne prouve d'une manière certaine qu'il y ait alors emphysème des poumons, attendu que l'accident dont nous parlons peut tout aussi bien résulter d'une éraillure de la trachée et des bronches. L'emphysème intervésiculaire, survenant brusquement à l'occasion d'un effort ou d'une vive émotion morale, et envahissant une grande étendue des poumons, a plusieurs fois produit une mort subite. Des cas de ce genre ont été publiés par les docteurs Hunt, Ollivier (d'Angers), Pillore, Prus et Depaul. D'ailleurs ces faits pathologiques s'accordent avec les expériences faites jadis par M. Leroy d'Étiolles, qui, insufflant de l'air dans les bronches des lapins avec assez de force pour déchirer un certain nombre de vé-

sicules pulmonaires, faisait périr ces animaux avec autant de promptitude que s'il leur avait coupé la moelle allongée. L'emphysème interlobulaire est une lésion traumatique ; il est produit par la rupture des vésicules dilatées ou des vésicules saines, à l'occasion d'un excès de toux, d'un effort ou d'une émotion de l'âme (1). Il ne paraît pas que ce soit cet emphysème qui détermine les accès de dyspnée qu'on observe dans les cas de dilatation des vésicules. Quoi qu'il en soit, rien ne prouve, ainsi que Laënnec l'a supposé, que des gaz puissent être exhalés dans le tissu cellulaire des poumons ; celui qu'on y trouve y arrive traumatiquement.

L'emphysème interlobulaire ne pouvant être diagnostiqué, il est inutile de rechercher quel doit être le traitement à lui opposer.

PNEUMATOSES DU TUBE DIGESTIF.

Le tube digestif contient naturellement une certaine quantité de gaz qui semblent destinés à favoriser le cours des matières alimentaires, et qui sont expulsés par la bouche et surtout par l'anus à des intervalles plus ou moins éloignés. Mais lorsque les gaz sont produits en plus grande abondance, ils sont cause de divers accidents, ou tout au moins de certaines incommodités que l'homme de l'art doit savoir prévenir et combattre.

Sources des gaz ; causes qui les produisent. — Les gaz contenus dans le tube digestif proviennent de plusieurs sources. Ainsi l'air s'introduit dans l'estomac pendant la respiration, et surtout pendant la déglutition de la salive et des aliments ; en outre, des fluides élastiques sont produits pendant l'acte même de la digestion, soit qu'ils proviennent d'une certaine altération que les aliments subissent, soit plutôt qu'ils dépendent d'une exhalation de la membrane muqueuse (2). C'est ce qu'on voit, par exemple, dans beaucoup d'indigestions et chez un grand nombre de ceux qui ont seulement les digestions difficiles, qui se nourrissent de farineux ou qui abusent d'aliments peu stimulants ou relâchants, comme le sont les substances mucilagineuses, la gélatine et les viandes de jeunes animaux. Chez d'autres, la pneumatose intestinale est l'effet d'une disposition héréditaire. Mais les gaz sont surtout exhalés en très grande abondance dans la plupart des affections nerveuses des organes digestifs, ou bien dans le cours d'autres névroses, dans l'hypochondrie, et spécialement pendant les accès d'hystérie ; ou bien enfin à la suite de perturbations nerveuses telles que celles que produisent des émotions morales vives. Dans tous les cas, la

(1) M. Delafond, professeur à Alfort, a prouvé l'influence des efforts dans la production de l'emphysème intervésiculaire. Ainsi il a démontré que les chevaux de poste destinés au service des courriers extraordinaires et les chevaux de course sont les plus exposés à l'emphysème ; il a fait voir, en outre, que cette lésion se produisait quelquefois instantanément chez les chevaux de trait après des efforts pour gravir une montée rapide, etc.

(2) L'exhalation des gaz par la muqueuse digestive est prouvée par l'expérience suivante, faite par MM. Magendie et Gérardin. Si, chez un animal vivant, on tire par une plaie du ventre une anse intestinale, et si, après l'avoir exactement vidée et l'avoir comprimée entre deux ligatures, on la replace dans l'abdomen, au bout de peu de temps on la trouve de nouveau plus ou moins distendue par des gaz.

production des gaz se fait indépendamment de tout état inflammatoire ou congestif de la membrane muqueuse. Les pneumatoses intestinales accompagnent même fort rarement les gastro-entérites; on les observe pourtant quelquefois dans la dyssenterie (Pringle). Nous avons vu aussi que c'était un phénomène ordinaire dans la fièvre typhoïde; mais il résulte des recherches de M. Louis que la pneumatose, dans ces conditions, est indépendante de l'état de la muqueuse du colon, et qu'elle ne provient pas non plus de la putridité des matières stercorales. L'exhalation morbide des gaz intestinaux se lie, au contraire, très souvent à l'inflammation du péritoine. C'est ainsi que dans la péritonite, surtout dans celle qui est puerpérale, nous avons noté la grande abondance des gaz intestinaux. Enfin ceux-ci existent encore en quantité parfois considérable dans toutes les lésions qui rétrécissent le calibre des intestins, soit que dans ce cas l'accumulation dépende de ce que les gaz ne sont plus expulsés, soit qu'elle résulte surtout d'une plus grande activité dans la sécrétion : il est probable que ces deux causes agissent simultanément.

Nous ne savons suivant quel mécanisme les gaz sont exhalés : sont-ils produits de toute pièce, ou bien est-il vrai que le sang en contienne, et alors sont-ils seulement exhalés par la muqueuse? ce sont là des questions insolubles. Cependant une expérience de Bichat semble prouver que des gaz absorbés par la peau peuvent ensuite être exhalés à la surface des organes digestifs.

Siége et composition des gaz. — Lorsque les gaz sont en grande quantité, ils occupent presque également tout le canal digestif : cependant dans la plupart des cas, on les trouve spécialement, et parfois même exclusivement, accumulés dans le cœcum, dans les colons ascendant et transverse, et dans l'S iliaque. La composition de ces gaz varie suivant les points des organes digestifs où on les recueille, et suivant l'état général des sujets : ainsi, dans l'estomac, c'est de l'air atmosphérique, contenant seulement une plus forte proportion d'acide carbonique; dans l'intestin grêle, c'est un mélange d'azote, d'hydrogène et d'acide carbonique; dans le gros intestin, indépendamment des gaz que je viens de nommer, on trouve encore de l'hydrogène carboné ou sulfuré; il n'y a jamais d'oxygène. La proportion d'acide carbonique augmente à mesure qu'on se rapproche du rectum. Enfin, dans l'état de maladie, l'azote et l'hydrogène sont les deux gaz qui sont le plus souvent exhalés (Chevillot), et la proportion d'hydrogène sulfuré augmente également beaucoup.

Incommodités et accidents produits par les gaz intestinaux. — En général, l'accumulation insolite des gaz dans le tube digestif produit un état de malaise dans le ventre plutôt qu'une douleur véritable; les malades ont des borborygmes; le ventre est plus ou moins tendu; il résonne davantage à la percussion, il présente souvent des irrégularités passagères dans sa forme dues aux contractions péristaltiques des intestins distendus; enfin, des gaz sont rendus par la bouche ou l'anus, et cette expulsion est généralement suivie de soulagement. Lorsque les gaz sortent par la bouche, ils forment ce qu'on nomme des éructations. Ils sont en général inodores;

mais ils ont le goût d'œufs pourris dans les indigestions; parfois ils sont en si grande abondance qu'ils sortent sans interruption pendant plus d'une minute, et il n'est pas rare alors qu'ils entraînent avec eux une portion des aliments qui arrivent dans la bouche par régurgitation. Les gaz qui sortent par l'anus sont en général plus ou moins fétides; leur excrétion est le plus souvent spontanée; d'autres fois elle est provoquée par les efforts, par les cris, par les émotions morales, par certains mouvements.

Lorsque les gaz, au lieu d'être expulsés, sont retenus dans le canal digestif, ils produisent des accidents qui varient suivant les points où ils sont accumulés et suivant le degré de distension des parties. Rien ne prouve que des gaz puissent, comme on l'a dit, dilater, distendre une portion de l'œsophage, qui serait alors spasmodiquement contracté au-dessus et au-dessous. Mais fréquemment les gaz distendent l'estomac; ils produisent alors de l'anxiété: ils gênent la respiration; il y a des bâillements; l'épigastre est tendu, très sonore; il est le siége de crampes, d'une douleur plus ou moins vive, et les liquides ingérés semblent franchir difficilement le cardia; enfin il y a parfois des lipothymies et des palpitations.

Lorsque les gaz sont accumulés dans les intestins, le ventre acquiert un volume considérable; il est tendu. Si on le percute, il résonne comme un tambour : de là sans doute le nom de *tympanite intestinale* sous lequel on désigne cette affection. En palpant le ventre avec soin, on distingue souvent le relief que forment les anses intestinales distendues; des bruits plus ou moins intenses se font entendre; il existe des douleurs abdominales désignées sous le nom de *coliques venteuses;* les lavements ne peuvent parfois pénétrer; enfin, on remarque encore d'autres accidents dépendant de la compression exercée sur quelque organe. Ainsi, lorsque les gaz distendent beaucoup le colon transverse, l'estomac est comprimé, et des vomissements ont lieu; le diaphragme est refoulé vers le péritoine, ce qui produit une grande anxiété, beaucoup de dyspnée, et même la mort par asphyxie, comme M. Piorry l'a démontré par ses expériences sur les animaux. La compression de la vessie produit la dysurie et rend les excrétions de l'urine plus fréquentes. On a vu une fois le vagin et l'utérus être refoulés au dehors, et Van-Swiéten a observé un œdème de la jambe gauche produit par la compression de la veine iliaque correspondante. Les gaz n'occupent parfois qu'un point très circonscrit de l'intestin, comme le cœcum, ou bien une ou deux anses intestinales; on voit alors se dessiner à travers les parois du ventre une tumeur arrondie, sonore, élastique, douloureuse, le plus souvent mobile, et devenant de temps en temps le siége de borborygmes.

Après être restés accumulés pendant un temps plus ou moins long, les gaz finissent par être expulsés à la fois par la bouche et l'anus, tantôt peu à peu, tantôt abondamment; c'est ce que quelques auteurs, et Sydenham en particulier, ont désigné improprement sous le nom de *choléra sec;* souvent des matières liquides sont entraînées avec les gaz. Il est certain que, dans un grand nombre de cas, la pneumatose intestinale cesse par suite de l'absorption des gaz. C'est ainsi qu'on voit souvent des météo-

rismes considérables disparaître peu à peu sans qu'aucun fluide élastique ait été expulsé par la bouche et par l'anus. Les anciens avaient attribué de graves accidents et même la mort à cette absorption ; mais rien ne justifie leurs craintes. Les faits qu'ils ont rapportés en leur faveur sont insuffisants, et l'on est étonné qu'un homme aussi éclairé que M. Baumès les ait encore invoqués aujourd'hui dans son *Traité des maladies venteuses* pour soutenir la même opinion.

L'estomac et les intestins distendus outre mesure et d'une manière permanente peuvent finir par se rompre ; mais cette rupture n'a guère été observée que lorsque les parois étaient déjà ulcérées, ramollies ou gangrenées : c'est alors au niveau de l'altération que la rupture s'effectue. On a dit aussi que quelquefois les deux tuniques internes, en se rompant ou en s'éraillant, permettaient aux gaz de s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-séreux ; mais, dans ces cas, fort rares d'ailleurs, la tunique péritonéale ne tarde pas elle-même à se déchirer.

Quelle que soit la cause qui ait produit la pneumatose intestinale, on voit cette affection récidiver avec la plus grande facilité.

Diagnostic, valeur séméiotique. — La sonorité exagérée du ventre à la percussion fera reconnaître que le volume de cette cavité ne dépend pas d'une accumulation de sérosité dans le péritoine. C'est encore spécialement par la percussion et par l'inspection du ventre qu'on détermine quels sont les points des organes digestifs où les gaz se sont spécialement ou exclusivement accumulés.

Le dégagement insolite de gaz qui revient à des intervalles plus ou moins rapprochés indique le plus souvent un état d'atonie des organes digestifs. Si ce dégagement se fait dans les jours qui suivent un accouchement, la sollicitude du médecin devra être éveillée, car le météorisme est souvent le premier et quelquefois même le seul symptôme local d'une péritonite. En dehors de l'état puerpéral, le météorisme est extrêmement rare dans le cours des maladies aiguës, à l'exception de la fièvre typhoïde, dont il constitue un des symptômes les plus fréquents : aussi une accumulation assez considérable de gaz dans le tube digestif survenant dans le cours d'une affection fébrile devra toujours porter le médecin à rechercher s'il n'existe pas une lésion des glandes de Peyer. Le météorisme existe-t-il d'une manière permanente, quoiqu'à différents degrés, chez un sujet bien portant, il indique d'une manière presque certaine qu'il y a dans un point du tube digestif un obstacle quelconque qui gêne le cours des matières. Si tout le ventre est ballonné à un haut degré, on soupçonnera que l'obstacle siège à la partie inférieure des organes digestifs, et on ne devra jamais manquer alors de porter le doigt dans le rectum.

Pronostic. — La pneumatose intestinale, dégagée de toute complication, ne constitue qu'une incommodité ; mais il n'en est plus de même lorsqu'elle est portée à un très haut degré. Cet accident aggrave toujours le pronostic de toutes les affections intestinales et péritonéales dans lesquelles on l'observe, et particulièrement celui de l'iléus, de la péritonite et de la fièvre typhoïde.

Traitement. — Les personnes qui sont sujettes à la pneumatose intestinale devront s'abstenir de manger des aliments indigestes, des farineux; elles mâcheront bien; elles boiront de préférence les vins de Bordeaux et de Bourgogne, s'abstiendront des vins blancs, surtout des vins mousseux, et généralement de tous les vins nouveaux; elles éviteront après les repas la fatigue, les contentions d'esprit, et généralement tout ce qui peut troubler la digestion; elles entretiendront la liberté du ventre, et feront un exercice modéré, moyen dont Fodéré a démontré l'utilité. Chez beaucoup de malades dont les digestions sont lentes, on conseille l'usage, après le dîner, de quelque boisson aromatique, comme la camomille, le thé, le café; mais les liqueurs sont généralement nuisibles. Enfin, dans les mêmes conditions, on retire souvent de bons effets de l'usage de la flanelle, des frictions sèches, surtout sur la peau du ventre, des bains aromatiques et des bains de mer. C'est lorsque la pneumatose paraît ainsi s'être développée par suite d'une atonie des organes digestifs qu'on emploiera pour la prévenir, comme pour la combattre, lorsqu'elle existe, les substances dites *carminatives*, dont les principales sont : l'angélique, l'anis, l'absinthe, la menthe, la mélisse, la camomille, la cannelle, la cascarille, les écorces d'orange et de citron, etc. On donne ces substances en infusion, ou bien on prend fréquemment aussi leur eau distillée ou leur huile essentielle. On les prescrit à l'intérieur, ou bien on les met en fomentation sur le ventre. Leur emploi est contre-indiqué par l'existence d'une phlegmasie des organes digestifs; dans ce dernier cas, les antiphlogistiques seuls conviennent. Si la pneumatose est consécutive à une névrose douloureuse, ces mêmes moyens peuvent être utiles; mais il convient de les faire précéder de l'emploi des préparations opiacées. Dans quelques cas, la concentration d'une forte chaleur sur le ventre détermine l'expulsion des gaz ; d'autres fois on obtient le même effet par des applications froides ou même glacées. Quelques médecins ont abusé des purgatifs ; nous croyons que ces médicaments ne conviennent que dans les cas de constipation. Ils diminuent aussi très souvent le météorisme qui survient dans la fièvre typhoïde et la péritonite puerpérale. Quant aux médicaments dits *absorbants*, tels que les matières calcaires, la craie, la poudre de coquilles, celle de nacre, les écailles d'huître, les yeux d'écrevisses, l'os de sèche, la magnésie, etc., ils paraissent tout à fait inertes : cependant la magnésie pourrait être utile dans les cas où la distension de l'intestin serait surtout produite par l'acide carbonique; mais peut-être alors retirerait-on plus d'avantage de l'ammoniaque donnée en potion et en lavement. La médecine vétérinaire a appris, en effet, combien cette substance était utile pour combattre la distension gazeuse de la panse chez les ruminants.

Lorsque le ballonnement du ventre est extrême et que les gaz sont surtout accumulés dans le gros intestin, il conviendra de porter dans le rectum et jusque dans le colon une sonde œsophagienne, en ayant soin d'injecter après quelques grammes de liquide pour déboucher les yeux de l'instrument. Si les gaz ne s'échappent pas alors, on adaptera à la sonde un corps de seringue; puis, retirant le piston, on produira un mouvement

d'aspiration qui provoquera souvent l'expulsion immédiate d'une grande quantité de gaz. On a rarement besoin de recourir à ces derniers moyens dans les cas de pneumatoses idiopathiques, mais on les applique presque exclusivement aux pneumatoses qui sont symptomatiques d'un obstacle au cours des matières. Trop souvent pourtant il arrive que ces moyens restent sans effet; la distension devient alors extrême : dans ces cas désespérés, quelques personnes ont proposé la ponction des parois intestinales par un petit trois-quarts. Cette opération a été faite une fois par M. Maisonneuve et une autre fois par M. Baumès sans qu'il en soit résulté aucun épanchement dans l'abdomen : cependant l'expérience n'a pas encore prononcé sur elle. Nous croyons qu'on ne peut être autorisé à la pratiquer que dans les cas où, tous les moyens rationnels ayant échoué, la distension des intestins est devenue telle, qu'une péritonite est imminente, et que les parois intestinales sont sur le point de se déchirer; M. Baumès partage la même opinion.

DU DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ DES GAZ DANS LES ORGANES DE LA CIRCULATION SANGUINE.

Quelques médecins, tels que Pechlin, Groets, Ruisch, Morgagni dans sa 5e Lettre, et plus récemment Ollivier, dans les *Archives* de 1838, ont avancé que quelques morts subites étaient produites par le dégagement d'un fluide élastique dans les organes de la circulation sanguine, et surtout dans le cœur. Les faits rapportés par les médecins que je viens de citer ne sont pas tous également concluants : cependant ceux observés par Groets, par Ruisch et par Ollivier ne permettent pas de révoquer en doute qu'il n'y ait des morts subites produites par la cause dont je parle. Dans ce cas la mort est instantanée; quelquefois elle est précédée d'une douleur déchirante vers le cœur, d'un état passager de syncope et d'un tremblement convulsif des membres et du tronc qui ne dure que quelques secondes. On ne trouve à l'ouverture des cadavres aucune lésion organique appréciable, mais seulement une accumulation de fluide élastique dans les cavités droites du cœur : aussi, en les percutant, on produit une résonnance comparable à celle que donne l'estomac ou tout autre organe creux distendu par de l'air; enfin le sang qui y est contenu est rouge, écumeux et combiné avec des bulles de gaz. On voit donc que les accidents observés pendant la vie, comme les lésions trouvées après la mort, sont à peu près les mêmes qu'on observe sur les animaux chez lesquels on a injecté de l'air dans les veines, ou bien encore ils ressemblent à ceux qui se produisent chez l'homme lorsque l'air atmosphérique pénètre brusquement dans une veine ouverte pendant une opération.

Dans la plupart des faits rapportés par les auteurs, spécialement dans ceux qu'Ollivier a observés, on ne peut considérer la présence d'un fluide élastique dans le cœur comme un phénomène cadavérique, puisqu'il n'existait aucun signe extérieur de décomposition putride, et que le sang lui-même n'offrait aucun indice d'altération septique : tout concourt à

prouver que les gaz ont alors été formés pendant la vie. Mais suivant quel mécanisme sont-ils produits? Dirons-nous, avec Mery, que l'air atmosphérique peut passer en nature des ramifications bronchiques dans les veines pulmonaires? La chose est peu probable. Il nous semble plus rationnel de supposer que l'air, et particulièrement l'acide carbonique, qui, d'après les recherches de Magnus, existe tout formé dans le sang veineux et en proportion considérable (1), se sépare dans certains états pathologiques encore indéterminés. Toutefois il paraît que l'état de faiblesse des sujets y prédispose; peut-être même la formation d'un gaz dans le système circulatoire est-elle une des causes de la mort chez les individus qui ont eu d'abondantes hémorrhagies. On sait, en effet, que quelques personnes, et le docteur Rerolles en particulier (thèse de 1832), paraissent avoir trouvé, comme Mery et Littre, une certaine quantité de fluide élastique chez les hommes et les animaux qui avaient succombé après une perte de sang considérable : cependant ce fait n'est pas encore incontestable. Enfin nous terminerons en disant, avec Ollivier, que, quelle que soit la cause qui donne lieu au dégagement d'un fluide élastique dans le sang pendant la vie, et quelle que soit la nature de ce gaz, il n'est pas douteux, d'après la rapidité de la mort, qu'il tue de la même manière que l'air qui pénètre accidentellement par l'ouverture d'un tronc veineux voisin du cœur, c'est-à-dire que la vie s'éteint alors par la brusque interruption de la circulation pulmonaire, et par l'impossibilité du retour du sang dans les cavités droites, qui, distendues par un air plus ou moins raréfié, ne peuvent plus se contracter.

PNEUMATOSES DES VOIES URINAIRES ET GÉNITALES.

1° *Voies urinaires.* — Je ne crois pas qu'il existe dans la science une seule observation authentique qui prouve que la membrane muqueuse des voies urinaires ait jamais exhalé des gaz; les fluides élastiques qu'on y trouve quelquefois y ont été accidentellement introduits. L'air extérieur pénètre rarement dans les organes génito-urinaires de l'homme, en raison de la longueur, de l'obliquité et de l'étroitesse du canal de l'urètre. Cependant il arrive parfois qu'après l'opération du cathétérisme et lorsque toute l'urine contenue dans la vessie a été évacuée, une certaine quantité d'air s'introduit par la sonde et est ensuite expulsée lors de la première émission d'urine. Hors ce cas, la sortie des gaz par le canal de l'urètre chez l'un et l'autre sexe indique presque toujours qu'un des organes urinaires, et surtout que la vessie, communique avec le rectum ou avec une anse d'intestin grêle.

2° *Pneumatoses des parties génitales de la femme.* — Il est des femmes qui, dans quelques mouvements du corps, comme dans l'action d'incliner le tronc, rendent par la vulve une certaine quantité de gaz qui

(1) *Journal de chimie*, n° de septembre 1837, p. 507. La quantité d'acide carbonique équivaut à un cinquième du sang employé.

s'échappent avec plus ou moins de bruit (*rot vaginal*). C'est ce qu'on n'observe guère que chez les femmes dont le vagin est large et béant, chez celles qui portent un pessaire, ou bien pendant l'acte du coït, ce qui permet à l'air extérieur de s'introduire dans le vagin et parfois même jusque dans l'utérus. Le même phénomène a lieu aussi lorsqu'il existe une fistule recto-vaginale. Dans aucun de ces cas, les fluides élastiques n'ont été exhalés par la muqueuse. Cependant il arrive quelquefois que la cavité du col étant obstruée, des gaz sont véritablement exhalés dans l'utérus lui-même en dehors de toute imprégnation ; cela constitue une affection connue sous les noms de *tympanite utérine vraie*, ou de *physométrie*, affection dont deux accoucheurs célèbres, MM. Stoltz et Nægelé, ont à tort peut-être contesté l'existence au dernier congrès de Strasbourg.

Rare dans l'état de vacuité, la physométrie se développe presque toujours pendant la grossesse ou peu après l'accouchement : ainsi elle survient surtout dans les cas où des portions de fœtus ou de délivre, ou bien encore des caillots sanguins retenus dans la matrice ont subi une fermentation putride. L'utérus forme alors une tumeur proportionnée à la quantité de fluides élastiques qu'il contient ; il résonne à la percussion ; des vents, en général fétides, et qui quelquefois peuvent s'allumer à la flamme d'une bougie, s'échappent spontanément, ou bien leur sortie est provoquée lorsque, ayant porté le doigt dans le vagin, on débarrasse le col des caillots fibrineux qui l'obstruent. En général, le ventre s'affaisse peu après, et l'utérus, frappé d'inertie, revient peu à peu sur lui-même. Presque toujours la physométrie qui dépend des causes que nous avons indiquées s'accompagne de symptômes adynamiques et nerveux plus ou moins graves en raison de la résorption des matières putrides contenues dans la cavité utérine.

Il existe aussi dans la science quelques cas plus rares que les précédents de physométrie *essentielle*, c'est-à-dire des cas dans lesquels le gaz est exhalé par les parois utérines elles-mêmes, exemptes de toute lésion matérielle appréciable. Cette sécrétion morbide spontanée s'est presque toujours faite dans des utérus non fécondés. La quantité de gaz allant sans cesse en augmentant, la matrice acquiert un plus grand volume, en suivant souvent la même progression que dans une grossesse régulière. Arrivé à un certain développement, l'utérus proémine alors à l'hypogastre ou même jusqu'à l'ombilic. La percussion pratiquée sur lui donne un son tympanique, et si, à l'aide du doigt porté sur le museau de tanche, on cherche à refouler l'organe en haut, on peut constater qu'il a une pesanteur spécifique peu considérable, ce qui n'est nullement en rapport avec son volume. Les femmes ressentent aussi de la pesanteur, parfois des douleurs dans le ventre et plus ou moins de malaise ; chez la plupart, les règles se suppriment, et plusieurs éprouvent les phénomènes sympathiques qui accompagnent la plupart des grossesses : aussi il est souvent arrivé que ces femmes ont cru être enceintes. Dans ces cas, on voit de temps en temps des gaz s'échapper en certaine quantité par la vulve, et cette émission être suivie d'un affaissement proportionné de la tumeur. Mais le plus

souvent les vents sortent brusquement, en une seule fois, et en faisant entendre un sifflement, un bruit prolongé et parfois très considérable. C'est ainsi qu'on a vu des femmes qu'on croyait parvenues au cinquième ou septième mois de leur grossesse, éprouver tout à coup par la vulve une irruption considérable de gaz inodores, suivie presque aussitôt de la disparition de la tumeur utérine et de tous les phénomènes sympathiques qui avaient fait croire à l'existence d'une grossesse : telle est la terminaison ordinaire de la maladie.

Diagnostic. — La physométrie peut être confondue avec la grossesse, avec l'hydrométrie et avec la tympanite intestinale. On la distinguera facilement de la grossesse par l'absence du ballottement, des bruits placentaires et fœtaux, ainsi que par la légèreté de la tumeur, qui donne un son complétement clair quand on la percute. Le contraire a lieu dans l'hydrométrie et toutes les fois que le développement de l'utérus est produit par un corps solide ou liquide. Enfin, on distinguera la tympanite utérine de l'intestinale, en ce que dans celle-ci la distension et la sonorité tympanique occupent tout le ventre; elles sont surtout marquées sur le trajet du colon; on sent, en outre, le relief que forment les anses intestinales distendues; de plus le toucher fait reconnaître que l'utérus a son volume ordinaire ou qu'il est rempli par un autre produit que par un fluide élastique.

Pronostic. — La physométrie n'offre par elle-même aucun danger.

Traitement. — Le traitement de la physométrie consiste à enlever l'obstacle qui s'oppose à l'excrétion des gaz. Lorsque la maladie survient après l'accouchement, c'est presque toujours un caillot : aussi le doigt porté dans le col suffit pour le détacher et l'entraîner. Aussitôt après, il faudra, à l'aide d'une sonde en gomme élastique, faire pénétrer dans le corps de l'utérus des liquides émollients, détersifs, chlorurés. On entretiendra la plus grande propreté; on exercera une douce pression sur le ventre à l'aide d'un bandage de corps; enfin on prescrira un traitement approprié aux symptômes généraux. Dans les cas de physométrie essentielle, on pourrait peut-être essayer de dilater mécaniquement le col. Le meilleur moyen serait d'introduire dans sa cavité un petit morceau d'éponge fine et sèche.

PNEUMATOSE DES MEMBRANES SÉREUSES ET SYNOVIALES.

On a trouvé des gaz épanchés dans la cavité de toutes les membranes séreuses et dans la plupart des synoviales. Ces fluides élastiques sont produits fréquemment après la mort, ils sont alors le résultat de la décomposition putride; ou bien ils se sont épanchés pendant la vie; dans ce dernier cas, ils ont été rarement sécrétés ou exhalés par la membrane séreuse ou synoviale; mais ils proviennent ou de la décomposition des fluides épanchés, ou de la communication de la cavité avec l'extérieur, à l'aide d'une plaie ou avec des organes qui, tels que les poumons et le tube digestif, contiennent naturellement de l'air ou un gaz quelconque. Nous n'avons rien à dire

sur les gaz qu'on rencontre parfois à l'autopsie dans les cavités articulaires, ainsi que dans les méninges cérébrales et rachidiennes, car tout porte à penser que ces infiltrations ou ces épanchements sont toujours cadavériques. D'ailleurs, à supposer qu'ils puissent se développer pendant la vie, il n'existe aucun signe particulier pour les faire reconnaître, à moins pourtant que le gaz ne se soit épanché dans une articulation superficielle, cas dans lequel la percussion, faisant entendre un son plus ou moins tympanique, révélerait ainsi la nature de l'altération.

PNEUMATOSE PÉRITONÉALE.

On a cru pendant longtemps que, dans la tympanite, les gaz occupaient spécialement ou même exclusivement la cavité du péritoine. Cependant, vers le commencement du siècle dernier (1713), Littre, dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences*, démontra, par des ouvertures cadavériques, combien cette opinion était erronée; il soutint même que le péritoine n'exhalait jamais de gaz pendant la vie, et que, dans toutes les tuméfactions venteuses du ventre, les fluides élastiques étaient constamment et exclusivement contenus dans l'estomac et les intestins. Cette doctrine trouva des contradicteurs; Combalusier surtout chercha à la réfuter dans le tome Ier de sa *Pneumo-Pathologie*. Mais aucun des faits que cet auteur a rapportés ne démontre que les gaz que lui et d'autres ont trouvés dans le péritoine avaient été réellement exhalés par cette membrane, et que dans aucun cas ils ne provenaient d'une lésion des intestins, et plus souvent encore d'un commencement de décomposition putride. Nous croyons que, dans l'état actuel de la science, on ne doit pas nier absolument la possibilité d'une pneumatose péritonéale. Cependant cette affection est tellement rare qu'il n'en existe peut-être pas encore d'exemples bien authentiques. Il est donc inutile qu'à l'exemple de tous les auteurs de pathologie, nous recherchions quels sont les causes, les symptômes et le diagnostic différentiel d'une affection dont l'existence est très problématique.

DU PNEUMO-PÉRICARDE.

L'épanchement de gaz dans le péricarde est une maladie fort rare, et sur laquelle nous ne possédons encore aucun renseignement précis. Il résulte cependant du petit nombre de faits observés jusqu'à ce jour que le pneumo-péricarde a presque toujours coïncidé avec un épanchement de liquide.

On a indiqué deux signes comme pouvant faire diagnostiquer l'accumulation de gaz dans le péricarde. Ces signes sont une résonnance tympanique de la région précordiale, et un bruit de fluctuation ou de gargouillement déterminé par les battements du cœur. On dirait (et cela était très évident chez un malade dont M. Bricheteau a publié l'observation dans les *Archives de* 1844) qu'une aile de moulin frappe successivement le liquide, ou bien qu'on souffle fortement avec un tube dans un vase contenant de

l'eau. Il faut seulement prendre garde de ne pas confondre avec le phénomène de fluctuation un bruit à peu près semblable dont l'estomac est souvent le siége pendant l'ingestion des liquides, ou lorsqu'on imprime au tronc une secousse un peu forte.

Laënnec croyait que l'épanchement gazeux dans le péricarde était cause que chez certains sujets on pouvait entendre les battements du cœur à une certaine distance de la poitrine; mais aucun fait que je sache n'est venu à l'appui de l'assertion de Laënnec. Nous verrons d'ailleurs par la suite que les battements du cœur ne s'entendent à distance que dans certaines affections organiques ou dans quelques cas de palpitations nerveuses.

DU PNEUMO-THORAX.

On rencontre fréquemment des gaz épanchés dans les plèvres. Presque toujours ces fluides y pénètrent à la suite d'une rupture ou d'une perforation ulcéreuse des poumons; quelquefois ils proviennent directement de l'extérieur, lorsque, par exemple, il existe une plaie pénétrante des parois de la poitrine, ou bien ils sont fournis par un des viscères abdominaux, notamment par l'estomac, lorsqu'une communication morbide s'est établie entre la plèvre et lui. On a supposé encore que les liquides épanchés dans les plèvres, tels que le sang et le pus, pouvaient se décomposer de manière à laisser dégager des gaz. Enfin on a admis généralement que dans quelques cas rares la plèvre pouvait spontanément, ou bien dans le cours d'une phlegmasie aiguë ou chronique, exhaler des fluides aériformes. Il ne peut être question ici que de cette dernière forme de pneumo-thorax, renvoyant l'étude des autres espèces lorsque nous traiterons dans le volume suivant des perforations de la plèvre et des poumons.

Nul doute qu'il n'existe un pneumo-thorax essentiel, c'est-à-dire formé par une simple exhalation gazeuse à la surface des plèvres. Cette opinion compte en sa faveur de graves autorités. Qu'il me suffise de citer Laënnec et les professeurs Graves et Stokes. Cette sécrétion morbide ne paraît pas s'effectuer lorsque la plèvre est intacte, mais seulement dans les cas où elle est enflammée. Ainsi Laënnec déclare que dans les pleurésies aiguës, à une époque voisine de la formation de l'épanchement, et sans que le liquide épanché éprouve aucune altération chimique, une exhalation gazeuse peut se joindre à l'épanchement liquide. Plus récemment, le professeur Graves a parlé d'un pneumo-thorax par exhalation qui viendrait quelquefois compliquer la pleuro-pneumonie. Disons pourtant que des cas pareils sont fort rares.

Le pneumo-thorax essentiel ou par simple exhalation ne se révèle guère pendant la vie que par la dilatation de la poitrine, par une exagération de la sonorité et par la faiblesse ou l'absence du bruit respiratoire dans les points correspondants; mais nous ne pensons pas qu'il puisse se produire dans l'acte de la respiration, ou pendant les secousses de la toux ou les vibrations de la voix, le phénomène connu en auscultation sous le nom de *tintement métallique*. Nous croyons que celui-ci ne doit avoir lieu que

fort difficilement, même lorsque l'épanchement gazeux coexiste avec un épanchement liquide. Je sais bien que dans ces cas on a supposé qu'une goutte de sérosité en tombant de la partie supérieure de la poitrine sur l'épanchement liquide, ou qu'une bulle d'air, en traversant celui-ci et en venant éclater à sa surface, pouvait déterminer le tintement métallique; mais c'est là un fait qui ne nous semble pas encore démontré; le fût-il d'ailleurs, ces conditions pour la production du phénomène doivent se rencontrer fort rarement. Est-il possible que le tintement métallique puisse se produire alors sous l'influence d'une forte secousse due à l'ébranlement de l'air et à l'agitation du liquide par les éclats de la voix ou les ébranlements de la toux? MM. Barth et Roger admettent cette possibilité; mais personne, que je sache, n'est encore arrivé à la démonstration du fait. S'il est douteux pour nous que le tintement métallique puisse se produire dans les conditions dont je parle, il n'en est plus de même du bruit de *fluctuation thoracique*, qui n'a pas besoin pour être entendu qu'il existe une fistule pulmonaire, mais qui n'exige d'autres conditions pour être produit que l'existence dans la poitrine d'une vaste cavité contenant à la fois des gaz et un liquide.

Ainsi, pour nous résumer, l'exhalation gazeuse des plèvres se traduira à l'extérieur pendant la vie par la dilatation des parois thoraciques, par une exagération de la sonorité, par l'absence du bruit respiratoire dans les points correspondants; enfin, dans les cas où l'épanchement d'air existe simultanément avec un épanchement liquide, un bruit de fluctuation thoracique pourra être produit pendant les secousses imprimées au thorax. La respiration amphorique, phénomène presque constant dans le pneumo-thorax symptomatique d'une fistule pulmonaire, ne se rencontre jamais dans la simple exhalation gazeuse des plèvres. Quant au tintement métallique, on comprend sa possibilité; mais il est douteux pour nous qu'il puisse avoir lieu.

Le pneumo-thorax simple nous paraît être une affection bénigne. Dans les cas connus jusqu'à présent, il n'a pas produit l'étouffement, l'oppression, la suffocation, l'anxiété, qu'on remarque presque toujours dans le pneumo-thorax symptomatique d'une fistule pulmonaire. Cette différence tient à ce que dans ce dernier une grande quantité de gaz fait tout à coup irruption dans la plèvre, tandis que dans le premier la séreuse n'exhale qu'un petit volume de fluide aériforme, lequel d'ailleurs est promptement résorbé. Avouons pourtant que les faits manquent encore pour déterminer d'une manière un peu exacte les symptômes, la marche et la suite du pneumo-thorax essentiel. Le même doute existe relativement au traitement. Cependant nous croyons que la maladie exige rarement peut-être une thérapeutique énergique et spéciale. Comme l'exhalation gazeuse se fait ordinairement au début d'une pleurésie ou d'une pleuro-pneumonie, il faut se borner à combattre l'affection principale par des moyens appropriés. Ce serait peut-être ici le cas d'insister davantage sur les révulsifs cutanés, tels que ventouses et vésicatoires. (Voir dans le t. II l'article *Perforation des poumons et des plèvres.*)

SIXIÈME CLASSE DE MALADIES.

DES EMPOISONNEMENTS.

On nomme *empoisonnement* l'état morbide qui résulte de l'introduction dans l'économie, par une voie quelconque, d'un agent qui détruit la santé ou qui anéantit complétement la vie sans agir mécaniquement. Les substances capables de produire ces effets sont connues sous le nom de *poisons*.

Les poisons peuvent se présenter à l'état solide, liquide ou gazeux; leur nombre est très considérable, et tous les médecins ont reconnu qu'il était impossible de les classer très méthodiquement. Cependant on admet généralement aujourd'hui la classification de Vicat, modifiée par M. Orfila; elle consiste à ranger les poisons en quatre classes, eu égard à leur mode d'action sur l'économie. Ce sont : 1° les poisons *irritants*, 2° les *narcotiques*, 3° les *narcotico-âcres*, 4° les poisons *septiques*. Cette classification, quelque défectueuse qu'elle soit, doit néanmoins être préférée à toutes celles qui ont été proposées; car elle a l'avantage de rapprocher les substances qui ont sur nos organes des effets analogues, et elle évite ainsi beaucoup de redites inutiles. Cependant il importe de dire avec Richard Mead que le même poison peut varier dans ses effets; que, quoique tirée du même genre, une substance vénéneuse pourra avoir des effets différents et produire même des symptômes étrangers au genre, suivant la dose à laquelle on la donne, et suivant la manière dont elle pénètre dans l'économie : c'est ce que nous verrons, notamment pour les préparations de plomb, que nous avons rangées parmi les poisons irritants, et qui cependant peuvent produire des effets tout autres, consécutivement à leur absorption.

Beaucoup de poisons sont ingérés dans l'estomac et dans le tube digestif; d'autres agissent après avoir été appliqués sur d'autres surfaces muqueuses, ou bien sur la peau, surtout lorsque celle-ci est dénudée, ou bien à la surface d'une plaie et dans le tissu cellulaire.

Quel que soit son mode d'introduction dans l'économie, le poison peut agir seulement d'une manière locale en irritant ou en désorganisant les tissus : tels sont les acides concentrés, la potasse, etc.; d'autres n'exerçant aucune action sur les surfaces avec lesquelles on les met en contact, vont réagir sur des organes plus ou moins éloignés par suite de leur absorption : tel est en particulier l'opium. Il est enfin des poisons qui ont une action complexe : ils enflamment d'abord les tissus qu'il touchent : puis une portion étant absorbée va déterminer des lésions semblables sur d'autres organes : telles sont, par exemple, les cantharides, qui, avalées, enflamment quelques points des voies urinaires; d'autres portent leur action sur

le système nerveux, qu'ils excitent ou stupéfient sans produire aucune altération matérielle dans le tissu ; c'est ainsi qu'agissent particulièrement la noix vomique et le tabac. Enfin, il est des poisons qui, étant absorbés, portent primitivement leur action sur le sang lui-même, dont ils altèrent la composition : tels sont notamment la plupart des matières virulentes et plusieurs venins. On voit donc qu'un grand nombre de poisons sont absorbés ; et cette absorption, qui, il y a peu d'années, était inconnue pour plusieurs substances, et qui n'était admise pour les autres que d'après des données purement physiologiques, a été démontrée expérimentalement par M. Orfila, qui a retrouvé la plupart des poisons minéraux dans le tissu de plusieurs organes, dans le sang et dans l'urine. Ces belles recherches ont ouvert une voie nouvelle aux expertises médico-légales.

La plupart des poisons agissent immédiatement, ou du moins peu après leur application : tels sont surtout ceux que nous avons classés dans les trois premiers genres, et quelques uns de ceux du quatrième, tels que les venins. D'autres poisons, soit qu'ils aient une action locale, soit qu'absorbés ils agissent loin des points où ils ont été déposés, ne déterminent des effets appréciables que plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois après le moment de leur application : c'est ce qu'on nomme la *période d'incubation ;* on l'observe dans l'empoisonnement par les virus.

Les maladies produites par les poisons, de quelque nature qu'ils soient, ont généralement une marche aiguë et souvent suraiguë ; dans quelques cas pourtant, la maladie suit une marche chronique. C'est à tort que quelques personnes ont nié l'existence de l'empoisonnement lent ou chronique ; nous en verrons, en effet, des exemples dans certains modes d'action exercés par le plomb et le mercure. Cependant nous croyons, avec M. Orfila, qu'on ne connaît pas de *poisons lents*, à l'aide desquels on pourrait occasionner la mort à une époque déterminée. L'opinion opposée, enfantée par l'ignorance, et soutenue par les préjugés populaires, est contraire aux lois de la nature. On a trop souvent pris pour des empoisonnements lents des lésions viscérales graves, des altérations organiques développées spontanément ou à l'occasion d'un empoisonnement aigu.

Il est impossible de tracer ici d'une manière générale les symptômes de l'empoisonnement et les lésions qu'on trouve après la mort. Cette indication sera mieux placée lorsque nous traiterons des principales espèces de poison. Qu'il nous suffise de dire ici qu'une foule d'affections abdominales et du système cérébro-spinal peuvent simuler un empoisonnement ; les principales sont : les indigestions, l'iléus, le choléra, la péritonite, les coliques hépatique et néphrétique ; certaines espèces de névroses et les hémorrhagies des centres nerveux, etc. Toutefois, par l'étude des commémoratifs et par la comparaison des symptômes, par leur ordre de succession et par leur marche, on parvient presque toujours à fixer le véritable caractère de la maladie ; et lorsque celle-ci a une issue funeste, l'ouverture du cadavre dissipe généralement des doutes qu'on pouvait encore avoir. Cependant il est quelques cas rares, il est vrai, dans lesquels la nature des symptômes et les recherches nécroscopiques sont insuffisantes ; pour arri-

ver au diagnostic, on est alors forcé de recourir à l'analyse chimique des matières excrétées, ou des organes eux-mêmes.

Traitement. — M. Orfila, dont les travaux ont éclairé tant de points obscurs de la science toxicologique, distingue deux époques dans le traitement de l'empoisonnement : ou bien on est appelé peu après l'ingestion du poison, ou bien c'est longtemps après. Dans le premier cas, il faut empêcher le poison d'agir en le chassant au dehors, en le détruisant ou en le neutralisant. S'il s'agit d'un poison introduit dans les organes digestifs, on l'expulsera en gorgeant le malade d'une grande quantité d'eau tiède, pure ou mêlée à de l'huile; on excitera les vomissements par la titillation de la luette et de l'isthme du gosier, ou bien enfin on administre un vomitif, tel que l'émétique, le sulfate de zinc, et mieux encore l'ipécacuanha, qui n'irrite pas comme le font les antimoniaux. Si la contracture des muscles ou l'énergique volonté des malades rendait l'introduction des boissons impossible, il ne faudrait pas hésiter alors à se servir d'une sonde œsophagienne qu'on ferait pénétrer par les narines. Si le trismus des mâchoires s'opposait à l'expulsion des matières, on n'introduirait aucun vomitif dans l'estomac, mais on débarrasserait l'organe du poison qu'il contient à l'aide de la pompe dite *gastrique*, par laquelle on fait d'abord pénétrer beaucoup d'eau dans le viscère, puis on aspire celle-ci lorsqu'elle s'est saturée du poison. Si la substance toxique n'existe que dans le rectum, on l'expulse par des lavements simples ou purgatifs; si le poison a été appliqué sur une surface extérieure, on l'entraînera par des lotions; il en sera de même s'il a été déposé dans une plaie; dans ce cas, le poison agit surtout par absorption. On préviendra, ou du moins on tâchera de retarder cette absorption en plaçant une ligature entre la plaie et le cœur, en favorisant par des pressions l'écoulement du sang, ou mieux encore en mettant la solution de continuité sous le vide d'une ventouse. La seconde indication consiste à neutraliser le poison à l'aide d'une substance qui jouit de la propriété de le décomposer, ou de se combiner avec lui, de manière à former un produit nouveau qui n'exerce aucune action délétère sur l'économie; c'est ce qui caratérise l'*antidote* ou le *contre-poison*. Dans certains empoisonnements opérés par des matières putrides, par des venins ou par des virus, lorsque ces poisons ont été déposés dans une plaie, on doit, n'ayant aucune substance pour les neutraliser, les détruire par la cautérisation; celle-ci, pour être efficace, devra atteindre toute la surface de la solution de continuité dans toutes ses sinuosités et à une certaine profondeur. Ces règles de traitement seront suivies quelle que soit la période à laquelle le médecin sera appelé; on les appliquerait lors même que le poison commencerait à manifester ses effets généraux. Mais la conduite sera différente dans les cas où le poison, ayant été ingéré dans l'estomac, l'homme de l'art n'arrive qu'à une époque où toute la portion qui n'a pas agi a été expulsée par les vomissements ou par les selles : il y n'a alors d'autres indications à remplir qu'à combattre les accidents résultant de la portion du poison qui a agi localement et par absorption. Enfin, lorsque l'empoisonnement est produit par l'ingestion d'un mélange

formé de plusieurs substances délétères, il faut obéir d'abord à la première indication, qui consiste à expulser le plus de poison possible par le vomissement, puis on administrera les antidotes. Si deux poisons énergiques ont été ingérés à la fois, on devra opposer à chacun d'eux un antidote, pourvu que les médicaments ne se décomposent pas mutuellement; car, dans ce cas, il faudrait se borner à attaquer seulement le poison le plus actif. Convenons pourtant qu'il est très difficile de tracer la conduite qu'on doit tenir en pareille occurrence, par la difficulté qu'il y a de connaître exactement les mélanges qui ont été pris par les malades, et parce que le médecin ne peut pas trop se rendre compte des réactions chimiques qui ont pu s'opérer entre les divers poisons.

Premier genre d'empoisonnements.

EMPOISONNEMENT PAR LES SUBSTANCES IRRITANTES.

Les poisons irritants sont ceux qui enflamment ou corrodent les tissus avec lesquels on les met en contact. La plupart n'ont qu'une action locale, mais quelques uns agissent aussi par absorption ; enfin nous verrons que plusieurs de ces préparations qui sont irritantes quand on les applique à certaines doses sur les tissus, agissent tout différemment lorsqu'on les introduit dans l'économie à doses fractionnées ou par l'absorption cutanée ou pulmonaire; c'est ce que nous constaterons notamment pour les préparations saturnines et mercurielles.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE, L'IODE, LE BROME ET LE CHLORE.

Tous ces corps agissent comme corrodants : ainsi le *phosphore* introduit dans les organes digestifs les enflamme; car ce métal, brûlant aux dépens de l'air qui y est contenu, se transforme en acide phosphorique. Une partie est aussi absorbée, et va exciter le système nerveux et les organes génito-urinaires. Dans cet empoisonnement, il y a des douleurs vives dans le ventre, des vomissements opiniâtres, une prostration extrême des forces et quelquefois des convulsions.

Le phosphore travaillé dans l'industrie peut occasionner divers accidents. Ainsi on sait aujourd'hui que les ouvriers qui fabriquent les allumettes chimiques sont fréquemment atteints de phlegmasie de l'arbre bronchique, et plusieurs fois on a noté, soit en Allemagne, soit en France, la nécrose des os maxillaires. On lira avec intérêt, dans *la Revue médicale* de 1846, les recherches spéciales que M. le docteur Roussel a publiées sur ce sujet.

L'*iode* introduit dans les voies digestives se transforme en acide hydriodique; il enflamme, ulcère et ramollit la membrane muqueuse. L'hydriodate de potasse produit les mêmes effets. Les individus éprouvent pendant la vie des nausées, des vomissements, des douleurs aiguës, de la

soif, des syncopes et des convulsions ; enfin, on observe aussi des érections fréquentes et des pertes utérines. Une partie de l'iode est absorbée, et on peut retrouver cette substance dans l'urine, dans la sueur et dans la salive.

On combattra l'empoisonnement par le phosphore, en faisant vomir le malade et en remplissant l'estomac d'une grande quantité d'eau. On agira de la même manière dans l'empoisonnement par l'iode et par le brome. Il faudra seulement, dans le premier, après avoir fait vomir, donner par la bouche et en lavement une légère décoction d'amidon.

On ne sait encore rien de bien précis sur l'empoisonnement par le *brome* et par le *chlore*. On conseille de traiter le premier comme celui qui est produit par l'iode; pour le second, l'eau albumineuse paraît être un bon antidote, d'après les expériences de MM. Orfila et Devergie.

EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES CONCENTRÉS.

Les acides toxiques doivent être divisés en deux ordres : les uns, au nombre de douze, agissent exclusivement comme irritants et comme caustiques ; ce sont : les acides *acétique*, *azotique* ou *nitrique*, *hypo-azotique*, *chlorhydrique*, *citrique*, *l'eau régale*, les acides *phosphorique* et *hypo-phosphorique*, *phtorhydrique*, *sulfurique*, *sulfureux* et *tartrique*. Les autres, indépendamment de leur action toute locale, en exercent une qui est due à l'absorption d'une partie du poison ; tels sont les acides *oxalique*, *arsénieux* et *arsenique*.

Dans la description que nous allons tracer, nous aurons surtout en vue les empoisonnements par les acides sulfurique et azotique, parce qu'ils sont, le dernier surtout, les plus fréquents de tous.

EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES QUI N'ONT QU'UNE ACTION IRRITANTE ET CAUSTIQUE.

Caractères anatomiques. — Chez les sujets qui succombent à cet empoisonnement, on trouve souvent sur les doigts et surtout sur les lèvres des taches ou des escarres, dont la couleur peut indiquer déjà la nature de l'acide ingéré : ainsi elles sont *grises* et quelquefois *noires* lorsque l'acide sulfurique les a produites ; elles sont *jaunes* si c'est l'acide azotique. Cette teinte jaunâtre existe aussi quelquefois dans l'intérieur de la bouche, dans l'œsophage et sur la couronne des dents. Les parties qui ont été en contact avec l'agent toxique présentent souvent un changement de nature, dû seulement à une réaction toute chimique. C'est ainsi que les tissus, devenus jaunâtres, sont convertis en une substance grasse ou savonneuse, peu putrescible. On trouve aussi divers gaz, surtout de l'azote, du gaz nitreux, de l'acide carbonique, etc. Dans la plupart des cas, cependant, le contact de l'air a produit une foule de désordres de nature inflammatoire. La muqueuse buccale, pharyngée et œsophagienne, est rouge, ecchymosée, excoriée ; elle est mortifiée ou ulcérée dans quelques points ; ailleurs elle est recouverte de concrétions d'un blanc grisatre et

plus ou moins adhérentes. Dans l'estomac et dans le duodénum existent également des lésions qui varient suivant l'abondance et le degré de concentration de l'acide ingéré. Ainsi quelquefois on trouve tous les caractères anatomiques d'une gastro-duodénite violente ; la muqueuse est rouge uniformément, ecchymosée par places, boursouflée et ramollie, convertie en un détritus graisseux, ou recouverte de concrétions membraneuses ; dans d'autres points, on distingue des escarres et des perforations. Ces lésions peuvent se rencontrer aussi dans une partie de la longueur de l'intestin grêle. Chose remarquable, il peut se faire que les altérations les plus graves occupent seulement l'estomac et le rectum, ce qui s'explique par la rapidité avec laquelle l'agent toxique a traversé l'intestin grêle ; il faut, en outre, que celui-ci ait été protégé par l'interposition de matières fluides, au centre desquelles le poison a sans doute cheminé. Lorsque l'acide n'entraîne la mort qu'après un temps fort long, on trouve le tube digestif rétracté et atrophié : ainsi l'intestin grêle égale à peine le petit doigt, et l'estomac n'a souvent que le volume de l'iléon ; la muqueuse gastro-intestinale est blanchâtre, épaissie. Le sujet est alors dans un grand état de marasme, et les os, ainsi que l'a noté Tartra dans son excellente Monographie *sur l'empoisonnement par l'acide nitrique,* sont souvent cassants, friables, comme ils le sont parfois dans la diathèse cancéreuse.

Symptômes, marche.—L'individu qui avale un acide concentré éprouve à l'instant une saveur brûlante et une douleur aiguë dans la gorge, s'irradiant le long de l'œsophage jusque dans l'estomac. Presque aussitôt surviennent des vomissements ; les matières, parfois sanguinolentes, plus souvent jaunes, brûlant à la gorge, bouillonnent sur le carreau et rougissent le papier de tournesol. La déglutition est impossible ; le malade est tourmenté par le hoquet et par une soif inextinguible ; bientôt il se plaint de coliques violentes ; le ventre se ballonne, et des selles sanguinolentes ont lieu. Dès le début de l'empoisonnement, des symptômes généraux graves se déclarent : ainsi le pouls est petit, fréquent, irrégulier ; il y a des frissons erratiques ; la surface du corps est couverte d'une sueur froide et gluante, les lèvres sont tremblantes, les yeux excavés, les lèvres violacées, tous les traits profondément altérés. A l'intérieur de la bouche on découvre des escarres véritables, et plus souvent de simples concrétions grisâtres, au-dessous desquelles la muqueuse est rouge, excoriée, ecchymosée et très douloureuse. Enfin, la sécrétion urinaire est souvent suspendue ; il y a de la dyspnée et un sentiment d'oppression sternale très pénible.

Ces symptômes n'ont pas toujours la même intensité ; ils varient beaucoup suivant la quantité de poison ingérée et suivant son degré de concentration. Si les individus n'ont avalé que quelques grammes d'acide, celui-ci borne alors son action dans la bouche et dans le pharynx, et on n'observe guère que les signes ordinaires d'une pharyngite ; mais celle-ci est excessivement douloureuse. Il est remarquable, d'ailleurs, que des doses peu considérables de poison produisent des douleurs très vives, atroces même, tandis que les malades se plaignent à peine lorsque la substance toxique a été ingérée en plus grande quantité. Ceci s'explique parce que, dans le

premier cas, le poison n'a fait qu'enflammer et dénuder la membrane muqueuse et exalter par conséquent la sensibilité, tandis que dans le second il a désorganisé le tissu et éteint toute espèce de sentiment. On conçoit qu'entre ces deux extrêmes il y a une foule d'états intermédiaires sur lesquels je ne dois pas insister ici.

Dans les cas les plus graves, on voit la mort survenir en cinq ou six heures; le plus souvent les malades luttent pendant un, deux ou trois jours. S'ils survivent aux premiers accidents, les signes d'inflammation buccale et pharyngée augmentent; il y a alors du ptyalisme; souvent la voix s'enroue, et il existe des signes de laryngite. L'inflammation, qui souvent semblait concentrée dans ces parties, se propage à l'œsophage, comme l'indique une douleur vive qui longe le dos et aboutit à l'estomac; l'épigastre devient lui-même douloureux; enfin l'intestin participe bientôt à la phlogose des parties supérieures, comme les coliques et la diarrhée le prouvent. Si des escarres se sont formées, elle se détachent vers le sixième ou le septième jour, et leur chute est quelquefois suivie d'hémorrhagie plus ou moins considérable. Quelques malades peuvent alors se rétablir; d'autres continuent à vomir et à éprouver de la diarrhée; on voit souvent alors dans les matières excrétées des concrétions membraniformes, grisâtres, denses, résistantes, qui, insufflées, ont exactement la forme de l'œsophage et de l'estomac. Tartra rapporte à ce sujet un cas extrêmement remarquable qu'il observa avec Bichat à l'Hôtel-Dieu de Paris. Souvent le rejet des fausses membranes est suivi d'une augmentation des douleurs, surtout pendant l'ingestion des boissons, comme si la muqueuse, cessant d'être protégée par la production morbide, supportait plus difficilement le contact des corps étrangers. Beaucoup de ces malades, ne pouvant rien digérer, finissent par succomber dans un état de marasme; d'autres se rétablissent; mais leur convalescence est longue, pénible; beaucoup sont sujets pour le restant de leur vie à divers dérangements des organes digestifs, tels qu'indigestions fréquentes, dyspepsie, gastralgies, etc.

Les acides sulfurique et azotique peuvent être absorbés, mais on n'observe en général aucun accident qu'on puisse rapporter à cette absorption. Dans un cas, pourtant, j'ai vu survenir une coagulation subite du sang dans une des artères crurales. Mais cette coagulation était-elle réellement l'effet de l'absorption de l'acide? c'est ce qu'il est impossible d'affirmer.

Diagnostic. — Aux signes précédents, aidés d'ailleurs de l'inspection de la bouche et des commémoratifs, on ne saurait méconnaître l'empoisonnement par un acide concentré. La déclaration du malade, et à son défaut l'analyse chimique, sont souvent nécessaires pour connaître la nature de l'acide qui a été ingéré.

Pronostic. — Le pronostic est d'autant plus grave que le poison a été avalé en plus grande abondance, que l'estomac contenait moins d'aliments ou de boissons. Toutes choses égales d'ailleurs, l'empoisonnement volontaire est plus grave que celui qui a lieu par mégarde, car dans le premier la quantité de poison ingéré est presque toujours plus considérable.

Traitement. — Si le poison pris en très petite quantité n'a agi que sur la bouche et le pharynx, il faut se borner à combattre l'inflammation qu'il y a produite. Si l'acide a été pris à forte dose, et si, appelé peu après l'accident, on suppose qu'il y en a encore une certaine portion de libre dans l'estomac, on se hâtera de la neutraliser en faisant boire la plus grande quantité possible d'eau, dans laquelle on délaie de la magnésie décarbonatée; ou bien on administrera une solution aqueuse affaiblie de carbonate de potasse, ou bien encore une solution aqueuse de savon. Enfin, si on n'avait aucune de ces substances, on gorgerait le malade d'eau tiède, dans le but d'étendre le poison. Il faut suivre cette conduite pendant les premières heures; car s'il est vrai que les acides concentrés agissent instantanément, il n'en est pas moins démontré par l'observation que l'action caustique se continue pendant plusieurs heures jusqu'à la combinaison ou à la décomposition totale de l'acide : c'est ce que Tartra a parfaitement établi. Dans les cas où quelques heures se sont écoulées depuis l'ingestion de l'acide, si surtout il y a eu des vomissements abondants, l'emploi de l'antidote serait plutôt nuisible qu'utile. Il faut alors n'employer que les boissons douces, émollientes, et combattre par des saignées générales ou locales, par des bains, par des lotions, par des fomentations émollientes et par la diète, l'inflammation qui existe.

EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES QUI AGISSENT A LA FOIS COMME CAUSTIQUES SUR LES POINTS DE CONTACT ET PAR ABSORPTION SUR LES ORGANES ÉLOIGNÉS.

Nous avons rangé trois acides dans cette section : ce sont les acides *oxalique*, *arsénieux* et *arsénique*.

Empoisonnement par l'acide oxalique.

L'acide oxalique, comme l'ont prouvé les recherches de Christison et de Coindet, produit, lorsqu'il est concentré, l'inflammation, la corrosion et la dissolution gélatineuse des membranes de l'estomac. Si l'acide est plus étendu, ce viscère peut rester intact; mais les poumons présentent alors presque toujours des taches d'un rouge vif.

Pendant la vie, il y a une douleur brûlante à l'estomac, des vomissements foncés et même sanguinolents; le pouls est d'une faiblesse extrême, quelquefois tout à fait insensible; une sueur glaciale inonde le corps; les ongles sont livides; quelques malades se plaignent d'engourdissements et de fourmillements aux extrémités; d'autres sont paralysés ou ont des convulsions. Enfin la mort arrive au bout d'un temps fort court, c'est-à-dire en une heure, et même en quelques minutes.

En résumé, on voit que l'acide oxalique *étendu d'eau* est absorbé, et qu'il porte son influence délétère sur la moelle épinière, et secondairement sur le cœur. Les individus succombent tantôt asphyxiés, tantôt dans un état

de syncope. Quoique l'acide oxalique soit manifestement absorbé, cependant l'analyse chimique n'a pu encore le faire découvrir dans aucun des liquides ou des organes de l'économie.

Le traitement est le même que pour l'empoisonnement par les autres acides (voir plus haut).

Empoisonnement par l'acide arsénieux.

Lésions cadavériques. — Etmuller, Chaussier, Marc, Missa, M. Orfila, etc., parlent d'individus qui, ayant succombé à l'empoisonnement par l'acide arsénieux, n'ont présenté à l'autopsie aucune trace d'inflammation ou de gangrène du côté des organes digestifs; d'autres fois l'inflammation était extrêmement légère. Les cas dont je parle sont fort rares: presque toujours, en effet, les empoisonnés par l'acide arsénieux ont la face interne de l'estomac rouge, ecchymosée, ulcérée; plus souvent encore on y remarque des escarres grisâtres et dures. Ces altérations peuvent aussi se rencontrer dans l'intestin, et plus rarement dans la portion sus-diaphragmatique des organes digestifs. Enfin, dans l'intestin existent quelquefois encore des fausses membranes et de petits grains blanchâtres qui sont comme incrustés dans la muqueuse, et qui paraissent n'être autre chose que de la graisse combinée à de l'albumine. Observons cependant que ces productions ne sont pas tout à fait spéciales aux sujets empoisonnés par l'arsenic.

Les poumons et le cœur sont ordinairement gorgés de sang. Celui-ci est généralement noir, liquide, visqueux; il contient de l'acide arsénieux. Le poison se retrouve encore en nature dans les principaux organes, surtout dans les organes sécréteurs et dans ceux qui sont très vasculaires, comme l'ont démontré, il y a peu d'années, les belles expériences de M. Orfila. L'acide arsénieux est donc absorbé; le mélange de ce poison avec le sang a souvent pour résultat d'empêcher la coagulation de ce liquide.

Symptômes, marche. — Les individus qui avalent de l'acide arsénieux n'éprouvent pas de saveur très désagréable; celle-ci est parfois légèrement sucrée ou styptique. Cependant, lorsque le poison reste pendant longtemps en contact avec l'intérieur de la bouche et de la gorge, l'individu ressent dans ces parties une chaleur ardente; bientôt l'épigastre est le siége de douleurs déchirantes; il y a une soif vive, des nausées, des vomissements âcres, brûlants, sanguinolents, des coliques avec météorisme ou rétraction du ventre, bientôt suivies de selles noires, fétides et sanguinolentes. A ces symptômes locaux succèdent des symptômes généraux résultant du trouble sympathique, et plus encore de l'influence que le poison absorbé va exercer sur des viscères importants.

Ainsi le pouls, d'abord développé sous l'influence de la phlegmasie gastro-intestinale, devient bientôt inégal, intermittent et insensible; les battements du cœur sont petits, tumultueux; les malades éprouvent des palpitations, des syncopes, un état d'oppression des plus pénibles; ils ont un crachotement continuel de salive épaisse ou de mucosités sanguinolentes;

la face est injectée, livide; les yeux sont caves, bordés de noir; la peau, froide, est couverte d'ecchymoses et d'une sueur visqueuse; les urines sont en général rares, mais non pas entièrement supprimées : c'est ce que prouvent les expériences faites il y a peu d'années à Alfort par M. Delafond, et qui sont exposées dans un travail publié par ce professeur dans le XI[e] volume des *Mémoires de l'Académie de médecine.* M. Orfila a, en outre, établi que dans la première période de la maladie le liquide urinaire contient de l'acide arsénieux. Les malades sont agités ; la plupart accusent de la céphalalgie ; quelques uns ont des convulsions partielles ou générales ; d'autres sont paralysés d'un ou plusieurs membres ; enfin il en est qui ont du délire ou du coma, tandis que d'autres conservent jusqu'à la fin l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. Cet état persiste pendant un, deux ou trois jours, puis la mort arrive au milieu de convulsions effrayantes, ou bien dans un état de syncope ; cet accident est quelquefois le symptôme prédominant. Lorsqu'en effet la quantité de poison ingéré est très considérable, les malades sont comme foudroyés ; leur figure et leur corps, refroidis et cyanosés, ressemblent alors à ceux des cholériques ; la dyspnée est extrême, et la mort arrive peu d'heures après l'accident, dans un état d'affaissement et de syncope.

Terminaisons. — Quelques individus, en très petit nombre, guérissent. La chaleur revient alors, le pouls se relève, tous les accidents se calment; mais la guérison complète n'arrive qu'au bout d'un temps fort long. Il est même des individus qui conservent, pendant des mois ou des années entières, des roideurs, des paralysies partielles ou un tremblement, etc.

D'après ce qui précède, on voit que l'acide arsénieux est un des poisons les plus énergiques du règne minéral : 6 milligrammes pris par un adulte suffisent, en effet, pour produire quelques accidents ; de 1 à 3 centigrammes il y a des symptômes d'empoisonnement, et à la dose de 5 à 10 centigrammes il peut occasionner la mort. L'acide arsénieux tue par l'action caustique qu'il exerce sur les organes digestifs, et plus encore par l'influence spéciale qu'il a sur le cœur et sur le système nerveux.

Traitement. — Les sulfures alcalins, le charbon et l'eau de chaux, regardés comme antidotes de l'acide arsénieux, ne méritent aucune confiance ; il n'en est pas de même du sesqui-oxyde de fer hydraté, qui jouit de la propriété de décomposer la préparation arsenicale, en formant avec elle un arsénite de fer qui n'est point vénéneux. MM. Nonat, Deville et Sandras ont conseillé de préférer le sesqui-oxyde de fer hydraté *sec* ; ils proposent de donner 16 grammes de cette substance pour 5 centigrammes d'acide arsénieux que l'on voudrait neutraliser. Il faut, en effet, que la préparation ferrugineuse soit toujours en excès, de peur que les acides de l'estomac, en décomposant l'arsénite de fer récemment formé, ne remettent l'acide arsénieux en liberté, ce qui produirait de nouveaux accidents d'empoisonnement. Si on n'avait pas d'hydrate de peroxyde de fer, on pourrait recourir, ainsi que le conseille M. Bouchardat, au safran de mars apéritif, qui réussit assez bien, mais à une dose six fois plus considérable que celle de l'hydrate de fer. Dans ces derniers temps M. Bussy a proposé

comme antidote de l'acide arsénieux, la magnésie qui forme avec la substance toxique une combinaison insoluble (1).

En résumé, lorsqu'on est appelé près d'un individu qui vient d'avaler de l'acide arsénieux, il faut provoquer le vomissement par la titillation de la luette, et donner à plusieurs reprises, et à de courts intervalles, 4 à 6 grammes de sesqui-oxyde de fer hydraté sec ou de la magnésie, ou, comme le veut M. Bouchardat, on donnera simultanément les deux contre-poisons en grande quantité. Si on est appelé plusieurs heures après l'ingestion du poison, et lorsque celui-ci est déjà dans l'intestin, on devra encore administrer l'antidote, et donner de plus quelques cuillerées d'huile de ricin et des lavements laxatifs pour activer l'expulsion de l'agent toxique.

Lorsque, par suite des évacuations nombreuses qui ont eu lieu, et par le temps écoulé depuis l'accident, on juge qu'il n'existe plus de poison dans les voies digestives, il faut s'étudier à combatre les symptômes prédominants : ainsi, lorsqu'il y a réaction vive, lorsque le pouls est ample et dur, il ne faut pas hésiter à tirer du sang; si, au contraire, les malades tombent dans le collapsus, il faut les ranimer par les frictions excitantes, par les sinapismes, les vésicatoires, et l'administration à l'intérieur des cordiaux et des toniques, sauf à revenir plus tard aux antiphlogistiques si la réaction devenait trop vive. Les expériences de M. Orfila ayant démontré que le rein était le principal émonctoire par lequel s'échappe l'acide arsénieux absorbé, il faudra essayer de l'expulser aussi par cette voie en administrant des boissons diurétiques.

Ce que je viens de dire de l'acide arsénieux s'applique aux autres préparations d'arsenic, comme les sulfures, l'acide arsénique, les arsénites de potasse, de soude, de cuivre, la teinture de Fowler, etc.

EMPOISONNEMENT PAR LES ALCALIS ET LEURS COMPOSÉS.

Lésions cadavériques. — La potasse, la soude, la chaux, la baryte, l'ammoniaque et le chlorhydrate d'ammoniaque, le foie de soufre (quintisulfure de potassium), l'azotate de potasse à haute dose, et l'alun, enflamment, ramollissent, corrodent, ulcèrent et perforent les parois de l'estomac. La potasse est un des poisons qui produisent le plus souvent cette dernière altération. Plusieurs de ces substances, spécialement la potasse, la soude, l'eau de Javelle (chlorure de potasse et de soude), l'ammoniaque et son sesquicarbonate, ainsi que le foie de soufre, sont absorbés et on peut en constater l'existence dans divers organes.

Symptômes. — Dans l'empoisonnement par les alcalis, les malades accusent une saveur urineuse, caustique, et une chaleur âcre dans la bouche, ils ont des douleurs vives, atroces, dans le ventre, ils vomissent des matières sanguinolentes qui rétablissent la couleur bleue du papier de tournesol et qui ne font pas effervescence sur le carreau. En même temps la

(1) Il faut éviter d'employer la magnésie trop fortement calcinée, car son effet est presque nul ; on doit préférer la magnésie hydratée.

face est profondément altérée, la peau est froide, le pouls misérable ; enfin la mort arrive souvent au milieu des convulsions.

Les symptômes se modifient suivant l'espèce d'alcali qui a été ingéré : ainsi la baryte et ses composés, indépendamment des accidents locaux susdénommés, produisent la suspension momentanée de la respiration ; ils déterminent des paralysies partielles, et un état d'immobilité et d'insensibilité, préludes de la mort. Si c'est le foie de soufre, le malade exhale par la bouche des vapeurs d'œufs pourris ; car ce poison étant décomposé par les acides contenus dans l'estomac, il se dégage alors du gaz acide sulfhydrique (hydrogène sulfuré), tandis que du soufre se dépose sur la membrane muqueuse. Dans quelques cas, la quantité d'acide sulfhydrique produit est telle, que la mort est presque immédiate ; le plus souvent pourtant celle-ci n'arrive qu'au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures. Enfin, l'azotate de potasse a une action stupéfiante sur le système nerveux, indépendamment de l'action caustique qu'il peut exercer sur les organes digestifs.

Traitement. — Dans l'empoisonnement par la potasse, par la soude, par la chaux, par l'ammoniaque et par son sesquicarbonate, il faut, d'après le conseil de M. Orfila, administrer du vinaigre étendu de deux tiers ou de trois quarts d'eau. Pour l'eau de Javelle, on favorise les vomissements à l'aide de boissons mucilagineuses et albumineuses, et on calme ensuite l'inflammation gastro-intestinale par les moyens usités en pareil cas.

La baryte et ses composés seront neutralisés par les sulfates solubles (sulfates de soude, de magnésie, par exemple).

Dans l'empoisonnement par le foie de soufre, on donnera une grande quantité d'eau tiède. M. Devergie veut qu'on prescrive une cuillerée de chlore liquide. Il est inutile de dire qu'il ne faut jamais donner d'acide, pour ne pas faire dégager l'acide sulfhydrique.

Il n'y a aucun antidote pour le chlorhydrate d'ammoniaque, pour l'alun et pour l'oxalate de potasse. On se bornera donc à faire vomir les malades ; puis on combattra les symptômes inflammatoires par les antiphlogistiques, et l'éréthisme nerveux par les opiacés.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS ANTIMONIALES.

Parmi les préparations d'antimoine qui peuvent occasionner l'empoisonnement, nous citerons surtout l'émétique, le beurre d'antimoine, le soufre doré, etc. Mais il sera surtout question ici de l'empoisonnement par l'émétique, car c'est à peu près le seul qu'on observe dans la pratique.

Lésions cadavériques. — L'émétique enflamme la membrane muqueuse gastro-instestinale ; il y détermine de la rougeur, des ecchymoses, une éruption boutonneuse, suivie parfois d'ulcérations et de gangrène partielle. Il paraît aussi que les poumons sont plus ou moins altérés ; le plus souvent ils sont seulement engoués ou bien on les trouve hépatisés ou splénisés dans une partie de leur étendue (Magendie et Orfila). Ainsi l'é-

métique agit comme irritant sur la surface de contact, et il exerce ensuite une action sur les poumons, consécutivement à son absorption.

Symptômes, marche. — Dans l'empoisonnement par l'émétique, les malades éprouvent un goût métallique, austère, de la cardialgie, des vomissements, des coliques, du météorisme, des selles copieuses. Le pouls est petit, concentré, la face altérée, la peau froide. Bientôt la respiration est difficile, anxieuse; il y a des vertiges, des crampes, des convulsions, des syncopes, puis enfin la mort survient.

La dose à laquelle l'émétique détermine des accidents toxiques varie surtout, suivant que l'individu est bien portant ou bien qu'il est affecté de quelque phlegmasie grave : c'est ainsi que 25 ou 30 centigrammes d'émétique pourront occasionner les troubles les plus graves chez les premiers, tandis que chez les seconds le médicament sera le plus souvent parfaitement toléré, lors même que la dose serait trois, quatre, cinq ou six fois plus considérable. C'est un des faits thérapeutiques les plus importants, dont la découverte est due à Rasori, et qui a servi à ce médecin à fonder sa théorie du contre-stimulisme. Cependant on a vu à la clinique de Rasori et ailleurs des individus périr rapidement, parce qu'on avait porté le remède contre-stimulant à des doses trop considérables. Chose remarquable! dans la plupart de ces cas il n'y eut ni vomissements ni selles; mais les malades présentèrent tout à coup une petitesse extrême du pouls et le refroidissement du corps; ils étaient pâles, immobiles; ils avaient le faciès altéré, hippocratique; ils éprouvaient des défaillances, et succombaient dans un état de collapsus. A l'ouverture des cadavres, on ne trouvait, ni dans l'estomac ni dans les poumons, aucune des lésions que nous avons vu l'émétique produire lorsqu'il est ingéré par un individu qui est atteint d'une diathèse inflammatoire. L'école italienne dit alors que le tartre stibié a agi comme hyposthénisant, ou en produisant l'épuisement des forces vitales.

L'émétique, mis sur une surface dénudée, peut être absorbé, et produire tous les accidents de l'empoisonnement.

Traitement. — Lorsque le sujet empoisonné par l'émétique ne vomit pas, il faut provoquer les vomissements par la titillation de la luette, et se hâter d'administrer une forte décoction de noix de galle ou de quinquina jaune à la température de 30 à 40°. A défaut de ces substances, on donnera l'infusion de thé, les décoctions des bois, des racines et des écorces astringents (chêne, marronnier, bistorte, etc.), car le tannin qu'elles renferment a la propriété de former avec l'émétique un composé insoluble.

S'il existe des vomissements abondants et des selles continuelles qui épuisent les malades, on tâchera de les calmer en administrant quelques boissons froides aigrelettes, des eaux gazeuses, et surtout l'opium, par la bouche ou en lavement; puis on calmera l'inflammation occasionnée par l'émétique

Quand le tartre stibié administré à haute dose pour combattre certaines phlegmasies détermine l'état de collapsus que j'ai précédemment fait connaître, il faut se hâter d'administrer à l'intérieur le vin, l'alcool, l'éther;

on fera aussi des frictions excitantes, pour réveiller l'innervation. Les médecins italiens conseillent encore l'opium ; mais ce médicament ne nous paraît indiqué que lorsqu'il existe en même temps des selles et des vomissements très abondants, qu'on a intérêt à calmer au plus tôt, pour ne pas aggraver la débilité du sujet.

M. Caventou a prouvé que la noix de galle ou tout autre astringent végétal était encore le seul antidote de l'empoisonnement par l'*émétine.*

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'OR, D'ARGENT, D'ÉTAIN, DE BISMUTH ET DE ZINC.

L'hydrochlorate d'or, le nitrate d'argent, l'hydrochlorate d'étain, le nitrate acide et le sous-nitrate de bismuth, le sulfate de zinc, préparations qui toutes sont employées en médecine, peuvent donner lieu à des empoisonnements. Ces diverses substances enflamment, quelques unes corrodent, perforent les tissus de l'estomac : tel est en particulier le nitrate d'argent. Ces poisons déterminent tous les accidents locaux et sympathiques des poisons caustiques. L'hydrochlorate d'or provoque, en outre, une vive excitation des organes génitaux et du cerveau.

Le médecin appelé à soigner des individus empoisonnés par une des préparations précédentes devra d'abord satisfaire à la première indication, qui est d'expulser le poison par le vomissement. Son traitement sera ensuite subordonné à la nature de la substance toxique : ainsi pour le chlorure d'argent et le nitrate de bismuth, on se borne à donner des boissons douces et à combattre l'inflammation. Mais pour les autres préparations vénéneuses, l'art possède des antidotes : c'est ainsi que l'azotate d'argent sera décomposé dans l'estomac par le chlorure de sodium (eau salée); mais il faut se hâter d'agir. Dans l'empoisonnement par le protochlorure d'étain et par le sulfate de zinc, on devra administrer le lait, qui, d'après les recherches de M. Orfila, jouit de la propriété de se combiner avec ces sels, et de former un composé insoluble à peine vénéneux.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE CUIVRE.

L'emploi des vases de cuivre pour les préparations culinaires explique la fréquence des empoisonnements par les oxydes ou par les sels de ce métal. Presque toujours, en effet, l'empoisonnement est produit par les oxydes et par les carbonates qui se forment au contact de l'air sur les vases de cuivre malpropres ou non étamés, qu'on emploie nonobstant pour les préparations des aliments. D'autres fois l'empoisonnement survient parce que de l'acétate et de l'oxalate de cuivre formés pendant la cuisson des aliments se sont mêlés à eux. Il est encore différentes préparations, notamment quelques bonbons et les cornichons, que les marchands colorent en vert avec un composé cuivreux, et qui pour cela ont souvent occasionné des symptômes d'empoisonnement. Enfin, les simples émanations de cuivre, ou plutôt l'introduction journalière dans l'économie de particules cui-

vreuses, comme cela a lieu chez les chaudronniers, les limeurs, les fondeurs, les tourneurs, et autres ouvriers qui manient habituellement ce métal, donnent lieu à une espèce de colique connue sous le nom de *colique de cuivre:* nous la considérons ici comme étant le premier degré de l'empoisonnement par le métal dont nous parlons.

1° *Colique de cuivre.* — Beaucoup moins fréquente que la colique de plomb, la colique de cuivre est caractérisée par des douleurs abdominales, exacerbantes, qui siègent surtout au voisinage de l'ombilic, et que la pression exaspère; le ventre est plus ou moins tendu; il y a de la soif et de l'inappétence, souvent des nausées, et même quelques vomissements bilieux; constamment il existe une diarrhée plus ou moins abondante, s'accompagnant parfois de ténesme; les selles sont jaunes ou d'un vert porracé, et glaireuses. La chaleur est élevée; le pouls est fébrile; il y a de la céphalalgie, de l'anxiété, des douleurs lombaires; le malade est abattu et très fatigué. En un mot, on observe tous les signes d'une phlegmasie plus ou moins intense des organes digestifs, et notamment de l'intestin grêle. Cette maladie a une marche généralement courte, car sa durée dépasse rarement six ou huit jours. Elle récidive fréquemment si les individus s'exposent de nouveau aux émanations cuivreuses. La colique est d'ailleurs le seul accident qu'on observe chez les ouvriers qui manient le cuivre.

On voit, par ce qui précède, que la colique dite de *cuivre* n'est qu'une forme de l'entérite. On devra donc employer contre elle les boissons douces, les lavements amidonnés, les bains et les cataplasmes émollients. Si la fièvre est forte, on ouvrira la veine; si le ventre est tendu et si les douleurs sont trop vives, on fera une ou plusieurs applications de sangsues sur le ventre. Enfin, on administrera 5 à 10 centigrammes d'opium, dans le but de modérer les douleurs et de diminuer le nombre des selles.

Quelques auteurs ont prétendu qu'on pouvait appliquer à la colique de cuivre le traitement de la colique de plomb; mais une pareille conduite est au moins irrationnelle, et elle n'a pu être conseillée que par suite de quelque erreur de diagnostic. Il est, en effet, des médecins qui, chose presque incroyable, diagnostiquent la nature de certaines coliques bien moins par les symptômes qu'ils observent que par la nature des professions que les malades exercent. Cependant il est aujourd'hui démontré qu'un grand nombre d'ouvriers qui, comme les fondeurs, manient habituellement le cuivre, peuvent être affectés de colique de plomb, parce que ce métal est souvent allié au premier, afin d'en empêcher l'oxidation. Cette remarque, que nous devons à Christison et à M. Chomel, explique pourquoi les ouvriers qui travaillent au cuivre peuvent être affectés de colique saturnine, à la production de laquelle le cuivre n'a aucune part, et qui guérit par des moyens opposés à ceux que nous avons énumérés précédemment. (Voir plus bas *Colique de plomb.*)

2° *Empoisonnement proprement dit.* — La plupart des empoisonnements par les préparations cuivreuses sont dus à l'acétate, à l'oxalate de cuivre, et au carbonate ou vert-de-gris naturel. Ces substances enflamment le tube digestif, et peuvent même le corroder et le perforer. Elles sont en outre

absorbées et portées dans tous les organes de l'économie, où l'analyse chimique les fait découvrir.

Symptômes. — Dans l'empoisonnement par le vert-de-gris, les malades accusent une saveur âcre, styptique et un sentiment de constriction à la gorge ; ils ont des rapports cuivreux, des nausées, des vomissements abondants, des tiraillements douloureux à l'estomac, des coliques atroces, des déjections alvines nombreuses, noirâtres, quelquefois sanguinolentes. Leur ventre est tendu ; la soif est vive, le pouls est petit, serré, la peau froide ; la respiration est pénible, anxieuse ; enfin les malades sont abattus, faibles ; ils ont des crampes dans les membres, et succombent en quelques heures dans des souffrances horribles. La mort est souvent précédée de convulsions et de syncopes. L'empoisonnement qui est produit par des aliments préparés dans des casseroles mal étamées commence de six à quinze heures après le repas, par de la céphalalgie, par du malaise, par de la faiblesse et par des crampes dans les membres ; à ces accidents succèdent bientôt des nausées, des vomissements, des selles diarrhéiques, un pouls petit et fréquent. Les malades qui sont promptement secourus ou qui ont avalé peu de poison guérissent ; mais leur convalescence est souvent très longue, à cause des coliques, des douleurs épigastriques et de la diarrhée, qui, chez un grand nombre, persistent pendant longtemps. En résumé, il nous paraît résulter des ouvertures cadavériques et de l'étude des symptômes que les préparations cuivreuses tuent, et par l'inflammation qu'elles déterminent dans les organes digestifs, et par l'action qu'elles exercent sur le système nerveux et sur le cœur, consécutivement à leur absorption.

Traitement. — Dans l'empoisonnement, après avoir satisfait à la première indication, qui consiste à expulser par le vomissement le plus de poison possible, on se hâtera d'administrer de l'albumine, substance qui, d'après M. Orfila, serait à peu près le seul antidote que nous posséderions contre les préparations cuivreuses. Ce savant professeur a, en outre, établi expérimentalement que les sulfures, que l'infusion de noix de galle et le sucre qu'on a employés longtemps comme contre-poisons n'avaient aucune efficacité. M. Bouchardat a proposé plus récemment, comme antidote, le fer réduit par l'hydrogène. Il veut qu'on le donne dans du miel ou dans de l'eau à une dose qui doit être au moins trois ou quatre fois plus considérable que la quantité de poison ingéré. Le même chimiste conseille un mélange de poudre de zinc et de fer, ou la limaille de zinc. On a dit aussi de recourir à l'emploi du persulfure de fer hydraté. Tous ces médicaments méritent d'être expérimentés. Suivant M. Bouchardat, 70 grammes de poudre de fer et de zinc peuvent arrêter l'action vénéneuse d'un gramme d'acétate de cuivre.

Si le médecin est appelé trop tard, et si le poison a déjà franchi le pylore, on n'en devra pas moins donner de l'eau albumineuse, des boissons douces, des lavements émollients ; enfin on aura recours aux antiphlogistiques ou aux antispasmodiques et aux opiacés, suivant la prédominance des accidents inflammatoires ou nerveux.

EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE PLOMB.

Les préparations de plomb prises à haute dose, comme quelques grammes d'acétate ingérés dans l'estomac, enflamment ce viscère ; mais on ne voit jamais survenir ni la gangrène ni la perforation de ses parois.

Les symptômes sont en rapport avec ces altérations : ainsi les malades accusent une saveur styptique et sucrée dans la bouche et dans la gorge, et une vive douleur épigastrique ; ils ont des hoquets, des nausées, des vomissements, des coliques atroces, tantôt avec diarrhée, d'autres fois avec constipation ; la face est altérée : les yeux sont caves, bordés de noir ; les lèvres sont livides ; le pouls est d'une petitesse extrême. La mort peut survenir au milieu du délire, des convulsions et des syncopes.

Le traitement consisterait, après avoir favorisé le vomissement, à administrer du sulfate de soude ou de magnésie, qui transforme l'acétate de plomb en sulfate de plomb insoluble. On agirait de même dans les autres empoisonnements produits par une préparation saturnine soluble. On a conseillé encore, comme antidote, le persulfure de fer hydraté humide. Cette deuxième indication satisfaite, il ne resterait plus qu'à combattre par les antiphlogistiques les symptômes d'inflammation consécutive.

Ce genre d'empoisonnement est excessivement rare : on n'en trouve, en effet, que fort peu d'exemples dans les annales de la science. Cependant le plomb est, de tous les métaux, celui qui produit le plus souvent des accidents toxiques. Ceux-ci résultent surtout, non d'une inflammation de quelque organe, mais plutôt d'une action spéciale exercée par le métal sur la nutrition, et consécutivement sur diverses parties du système nerveux. Ce sont, en effet, des douleurs névralgiques dans le ventre et aux membres, ou bien du délire, du coma, souvent des convulsions ou des paralysies plus ou moins étendues. Mais avant d'étudier ces accidents et leur nature, nous devons rechercher les circonstances qui les développent le plus ordinairement.

Ces différents modes d'intoxication peuvent se rencontrer chez tous les individus qui sont habituellement ou accidentellement en contact avec les préparations saturnines. On les observe surtout chez les ouvriers des fabriques de céruse et de minium, chez les peintres en bâtiment, les barbouilleurs et les broyeurs de couleurs, chez les fondeurs de caractères et les potiers de terre ; on les rencontre aussi, mais moins fréquemment, chez les affineurs, chez les imprimeurs, les fabricants de cartes d'Allemagne et de cartes glacées, chez les étameurs, les vitriers, les faïenciers, les lapidaires, les fondeurs en cuivre, etc. Tous ces ouvriers, en effet, manient un plus ou moins grand nombre de préparations saturnines. Les femmes sont sujettes aux mêmes accidents, mais elles y paraissent moins prédisposées que les hommes. L'âge adulte, les écarts de régime, la malpropreté, sont des circonstances qui favorisent l'action toxique du plomb.

Les préparations saturnines s'introduisent dans l'économie par deux voies principales, qui sont : l'absorption pulmonaire et l'absorption gas-

tro-intestinale. Ainsi les individus qui contractent la colique de plomb pour avoir couché dans des appartements fraîchement peints, les peintres qui éprouvent les mêmes accidents toutes les fois qu'ils peignent à l'essence, surtout lorsqu'ils sont renfermés dans des appartements qu'on chauffe; enfin les ouvriers des fabriques de céruse et de minium qui respirent constamment une atmosphère de poussière saturnine, doivent surtout introduire le poison par la muqueuse respiratoire, qui, comme on le sait, est douée d'une force d'absorption considérable. M. Tanquerel-Desplanches a d'ailleurs fait quelques expériences sur les animaux, prouvant que le contact des préparations saturnines sur la muqueuse des voies respiratoires *seulement* suffit pour produire des accidents d'intoxication.

L'absorption par les voies digestives est prouvée par les cas nombreux d'empoisonnements saturnins produits par l'usage d'une eau ayant séjourné dans des vases de plomb avec le contact de l'air, plus souvent encore par l'usage de vins ou de cidres sophistiqués avec la litharge, ou après l'usage de bonbons colorés avec le chromate de plomb, ou bien encore après l'administration à l'intérieur d'une préparation de plomb, notamment du sous-acétate à l'état solide ou liquide. Quelques faits semblent prouver aussi que des préparations saturnines données à titre de médicaments ont pu être absorbées par les muqueuses oculo-palpébrale et vaginale; mais il n'existe encore aucune observation authentique qui démontre la possibilité de l'absorption par la surface de la peau, à moins pourtant que celle-ci ne soit dénudée; mais même alors l'absorption est peu active, du moins elle ne produit que rarement des symptômes d'intoxication.

Les préparations saturnines sont absorbées; les recherches des chimistes ont d'ailleurs mis ce fait hors de doute. Ainsi Tiedemann et Gmelin, après avoir administré de l'acétate de plomb à des animaux, ont trouvé ce sel dans les veines mésaraïques et spléniques; MM. Orfila, Lassaigne et Ausset d'Alfort l'ont retrouvé, non seulement dans le sang, mais encore dans l'urine et dans les principaux organes, comme le foie, la rate et les reins. Ces chimistes habiles, et M. Orfila particulièrement, ayant extrait le plomb par les *procédés qui ne fournissent pas le métal qui est naturellement contenu dans le corps de l'homme*, il s'ensuit que leurs résultats ont bien plus d'importance que ceux antérieurement obtenus par MM. Devergie et Guibourt; car on ne sait pas si ces derniers ont simplement séparé le plomb naturellement contenu dans le corps, ou celui qui y a été accidentellement introduit.

Quelle que soit la voie par laquelle le plomb pénètre dans l'économie, ce poison agit parfois d'une manière rapide : tels sont, par exemple, ces cas de colique survenant après un court séjour dans un appartement nouvellement peint, ou après l'ingestion dans l'estomac d'une certaine quantité de vin sophistiqué par la litharge, etc. Le plus souvent pourtant le plomb exerce une action lente; ce n'est même ordinairement qu'après plusieurs mois et même après plusieurs années d'une exposition continue à ses émanations que les individus tombent malades. Cependant, chez la plupart d'entre eux, on observe longtemps d'avance certains phénomènes qui

indiquent que le plomb agit peu à peu sur l'organisme ; c'est ce qui constitue, à proprement parler, les prodromes des maladies saturnines que nous décrirons sous peu. Ainsi j'ai prouvé dans ma *Thèse inaugurale* (1835) que les ouvriers qui travaillent dans une fabrique de céruse ou de minium ne tardent pas à pâlir et à maigrir; leurs chairs deviennent flasques; la peau, celle de la face surtout, prend une teinte d'un jaune pâle qui est caractéristique, et qui n'a aucun rapport avec la couleur jaune de l'ictère; tous les tissus se décolorent; le sang est plus pâle et existe en moins grande abondance dans les vaisseaux (Laënnec). M. Andral a constaté que ce liquide subissait une diminution aussi grande des globules que dans l'anémie spontanée, tandis que, comme on le voit pour celle-ci, la fibrine et les autres éléments solides conservent leur quantité normale; les forces diminuent en proportion; en un mot, il existe un véritable état de cachexie. Beaucoup de ces individus éprouvent une saveur sucrée ou styptique; leur bouche exhale une odeur d'une fétidité particulière, assez semblable à celle des individus atteints d'embarras gastrique. En général, les gencives restent fermes : cependant, chez quelques uns, elles sont saignantes, et il y a un peu de ptyalisme; plus souvent on ne constate qu'un peu d'amincissement, d'usure, et parfois une véritable destruction sur leurs bords libres. Enfin, presque tous les ouvriers qui manient le plomb, surtout ceux qui vivent au milieu d'une poussière saturnine, offrent une coloration bleuâtre des gencives, bornée le plus souvent à 2 ou 3 millimètres de leurs bords libres, envahissant quelquefois toute l'étendue de ces replis, et gagnant même les dents et la muqueuse des lèvres et des joues. Cette coloration est due à un sulfure de plomb qui se forme lorsque le métal, volatilisé, se dépose sur les gencives et les dents, et s'y combine avec l'hydrogène sulfuré qui se dégage dans toute l'étendue des voies digestives. Cette coloration ne doit donc pas être regardée, ainsi que le fait M. Tanquerel-Desplanches, comme un phénomène d'intoxication et comme indiquant la présence du plomb dans l'économie; mais c'est un phénomène chimique qui ne peut révéler aucun état particulier de l'organisme ; il indique seulement que les individus ont été en contact avec des préparations de plomb. Ce renseignement d'ailleurs est précieux : il nous a éclairé, en effet, plusieurs fois sur la véritable nature de certains accidents nerveux que nous observions. Toutes les parties extérieures du corps peuvent d'ailleurs offrir la même coloration noire ou bleue, lorsqu'elles sont mises en contact avec du soufre : c'est ainsi qu'il suffit d'administrer un bain sulfureux aux ouvriers qui travaillent le plomb pour voir se former aussitôt, surtout sur les parties du corps habituellement découvertes, et notamment sur les ongles, un sulfure de plomb.

Les accidents d'intoxication que nous venons d'énumérer ne surviennent guère que chez les individus qui sont toujours en contact avec une grande quantité de molécules saturnines; tels sont les ouvriers des fabriques de céruse et de minium, que nous avons vus pâlir et maigrir après une, deux et au plus tard trois semaines de séjour dans les ateliers. Ces phénomènes sont incomparablement moins communs chez les peintres, et on ne les ob-

serve presque jamais chez les vernisseurs, les fondeurs, les faïenciers, les fabricants de papiers peints, et généralement chez tous ceux qui ne peuvent absorber qu'une très petite quantité de molécules saturnines.

Les individus qui présentent les phénomènes d'intoxication peuvent encore vaquer à leurs occupations pendant des semaines, des mois et même des années entières; puis tout à coup ils sont pris de quelques unes des maladies saturnines que nous allons successivement décrire sous les noms de *coliques*, de *douleurs des membres*, de *paralysies*, d'*accidents cérébraux*, affections dont la fréquence relative pourrait être exprimée, d'après M. Tanquerel, par les chiffres 12, 8, 2, 1. Ces maladies surviennent presque toujours chez des individus qui sont encore exposés à la cause toxique; quelquefois aussi on les voit se déclarer plusieurs semaines et même un ou plusieurs mois après que les malades ont cessé d'être exposés aux émanations saturnines.

DE LA COLIQUE DE PLOMB.

Synonymie. — Colique saturnine, — métallique, — des plombiers, — des peintres, — des potiers, — des barbouilleurs; rachialgie, etc.

Nous définirons la colique de plomb, une maladie apyrétique, caractérisée par des douleurs abdominales vives, exacerbantes, qui se calment le plus ordinairement par la pression, s'accompagnent de nausées, de vomissements verdâtres, d'une constipation opiniâtre, souvent de crampes dans les membres et d'autres sensations douloureuses dans diverses parties du corps.

Historique. — Peu connue des médecins grecs, romains et arabes, la colique de plomb n'a été complétement décrite qu'à partir du XVIIe siècle, vers le milieu duquel parut l'ouvrage de Stockhusen (1); mais c'est dans les deux siècles suivants que la maladie a été l'objet de recherches beaucoup plus suivies; nous citerons surtout les travaux de De Haën (2), de Ilsemann (3), de Stoll (4), de Bonté (5), de Gardane (6), et parmi les modernes ceux de MM. Mérat (7), Chomel (8), Andral (9) et Tanquerel (10). Enfin, en 1835, l'auteur de ce livre publia, dans sa Thèse, une histoire de la colique de plomb, d'après un grand nombre de faits recueillis pendant son internat à l'hôpital Beaujon.

Anatomie pathologique. — Chez la plupart des sujets qui succombent à la colique de plomb on ne trouve aucune altération appréciable dans les organes digestifs. Ainsi sur 49 autopsies analysées par M. Tanquerel, on voit que 20 fois il n'existait aucune lésion qui fût en rapport avec les symptômes observés pendant la vie; dans 5 cas il y avait quelques ramollissements partiels; chez 6 un peu d'épaississement de la muqueuse, et 10 fois

(1) *De lithargyrii fumo noxio morbifico*, etc., in-12, 1656. (2) *Ratio medendi*, t. II. (3) *De colica saturnina*, Gœttingue, 1752. (4) *Médecine pratique*, t. II. (5) *Ancien Journal de médecine*, t. XV, XVI, XX. (6) *Idem*, t. XLI. (7) *Traité de la colique métallique*, Paris, 1812. (8) *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, article *Colique métallique*. (9) *Clinique médicale*, t. IV. (10) *Maladies de plomb*, t. I.

un développement des follicules ; mais il n'y a dans ces lésions rien qui soit spécial à la colique et qu'on ne rencontre dans le cours de plusieurs autres affections aiguës ou chroniques. La seule lésion qui paraîtrait dépendre davantage de la colique, et qu'on a observée dans un tiers des cas, consiste dans un retrait du tube digestif. Les autres viscères sont sains, à moins de complications.

Symptômes. — La colique de plomb peut débuter d'une manière brusque ; mais le plus souvent elle a des prodromes qui sont tous les phénomènes d'intoxication précédemment décrits et auxquels se joignent bientôt des douleurs dans les membres, l'inappétence, du malaise et la difficulté des évacuations ; les selles sont rares, les matières excrétées sont noires, ovillées. La maladie déclarée, les individus éprouvent une douleur plus ou moins vive siégeant à l'ombilic, moins souvent à l'épigastre ou à l'hypogastre ; cette douleur occupe parfois plusieurs régions ; elle s'irradie même vers les lombes, vers les parties génitales, etc. Elle est tantôt obtuse, contusive ; plus souvent elle est aiguë et dilacérante. Elle est continue, mais sujette à des exacerbations irrégulières pendant lesquelles les malades sont dans la plus grande anxiété ; leurs yeux se cavent, la figure se grippe ; ils poussent des cris, se roulent dans leur lit et prennent les positions les plus bizarres pour se soulager. Beaucoup se couchent à plat ventre ; car la pression exercée doucement et par degrés, sur l'abdomen, avec la paume de la main étendue à plat, calme les douleurs dans plus des deux tiers des cas ; d'autres fois elle ne soulage pas ; mais il est extrêmement rare qu'elle les exaspère, cela n'a guère lieu que chez un dixième des sujets environ. Chez le tiers de ces malades le ventre est plus ou moins rétracté ; chez les autres il a sa forme ordinaire. La rétraction se remarque surtout dans les coliques violentes. Ce phénomène nous paraît tenir à une contraction spasmodique des muscles abdominaux s'appliquant instinctivement sur les viscères pour en atténuer les souffrances. Presque tous les individus atteints de colique saturnine sont constipés, et cette constipation est le plus ordinairement très opiniâtre. Plus des trois quarts des malades ont des nausées ; celles-ci sont chez la plupart suivies de vomissements, tantôt aqueux, presque toujours bilieux, amers et d'un vert porracé ; quelques uns sont en même temps tourmentés par des éructations et par des hoquets. Chez ces individus, la langue est nette ou blanchâtre, la soif est variable, l'appétit complétement nul ; l'haleine exhale ordinairement une odeur saburrale. La sécrétion urinaire est presque toujours diminuée, et chez quelques malades la miction est douloureuse et s'accompagne de ténesme. Le plus souvent il existe des douleurs dans différentes parties du corps, telles que de la céphalalgie (chez un quart) ; des tiraillements, des douleurs contusives vers les cordons testiculaires (chez un quart) ; des crampes, un sentiment d'engourdissement ou bien des douleurs lancinantes et dilacérantes dans les muscles des membres inférieurs (chez les trois quarts), ou des supérieurs (chez la moitié), plus ou moins fréquemment dans les muscles lombaires (chez un tiers) ; enfin quelques uns (un septième) éprouvent un sentiment de constriction pénible vers le thorax. Au milieu de ces souffrances si vives la peau conserve sa

température et le pouls sa fréquence; souvent même il est plus lent que de coutume. Les malades sont fatigués, leurs forces sont anéanties, ils sont privés de tout sommeil.

La colique peut se compliquer d'autres affections saturnines, notamment de divers accidents cérébraux, et des différentes formes de paralysies dont nous parlerons plus loin. Elle peut aussi s'accompagner de toute autre maladie survenue indépendamment de l'action du plomb; mais la chose est rare, excepté néanmoins pour l'ictère, qui se déclare dans un huitième des cas environ.

Marche, durée, terminaisons. — La colique saturnine a une marche assez irrégulière; lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, elle peut durer indéfiniment. Traitée méthodiquement, l'amélioration survient le plus souvent très promptement, et les fonctions digestives se rétablissent rapidement. Cependant il n'est pas très rare de voir, après une guérison complète, les malades être pris de nouveau des mêmes accidents. Quelques uns, après une ou plusieurs de ces attaques, restent paralysés. La colique ne se termine presque jamais par la mort lorsqu'elle est simple; mais, de temps en temps, on voit des malades succomber par suite des complications cérébrales que nous étudierons bientôt.

Diagnostic.—Aucun des symptômes pris en particulier n'est pathognomonique de la colique de plomb; mais leur ensemble caractérise suffisamment cette affection et permet de la distinguer de toutes les autres maladies connues. Ainsi elle ne ressemble en rien à la colique de cuivre, dans laquelle on observe de la fièvre, de la diarrhée, du ténesme, des douleurs de ventre avec météorisme, augmentant par la pression. Les névroses douloureuses des organes digestifs pourraient bien mieux en imposer pour une colique saturnine; mais on verra plus tard qu'on pourra toujours les reconnaître très aisément. Il sera également facile de distinguer la colique de plomb d'un iléus, d'une hernie étranglée, d'une péritonite, d'une métrite et des accès de colique hépatique ou néphrétique, etc. On a beaucoup discuté depuis un siècle pour savoir si on devait rapporter à la colique de plomb diverses maladies abdominales qui ont été observées dans plusieurs contrées d'une manière endémique ou épidémique; telles sont les coliques végétales du Poitou, de Normandie, du Devonshire et de Madrid. Cependant, en lisant les principales relations qui nous ont été laissées par les auteurs, on voit que les médecins ont souvent décrit sous le même nom des maladies très distinctes et qui n'ont entre elles aucune ressemblance. Ainsi on reconnaît souvent dans leurs descriptions des entérites, des colites, des dyssenteries; d'autres fois ce sont manifestement tous les symptômes de la colique saturnine survenue probablement par suite de la sophistication du cidre et du vin. La vigilance de l'autorité rendant ces fraudes beaucoup plus rares aujourd'hui, on s'explique pourquoi on n'entend presque plus parler actuellement de ces coliques végétales qui étaient si communes dans le dernier siècle. Cependant, si la colique végétale est rare chez nous, elle paraît sévir assez souvent dans certains pays. Dans l'Inde et en Chine, par exemple, elle succède presque toujours aux vicissitudes atmosphé-

riques ; elle ressemble tellement à la colique de plomb par ses symptômes, par sa marche, par ses suites et ses complications (délire, convulsions, paralysie), qu'il est vraiment impossible de tracer aucune ligne de démarcation.

Pronostic. — La colique saturnine est une maladie grave ; car elle se complique quelquefois d'accidents cérébraux, et souvent elle est suivie de paralysie.

Traitement. — On a préconisé contre la colique de plomb plusieurs médications dont l'expérience a démontré l'inutilité et même les dangers ; tels sont les antiphlogistiques, le tabac, la noix vomique, les eaux sulfureuses, l'alun, la limonade sulfurique et les révulsifs. Il n'y a aujourd'hui que deux ordres de remèdes qui jouissent réellement de quelque efficacité : ce sont les narcotiques et les évacuants. On les administre seuls, le plus souvent on les combine ; on sait qu'unis aux sudorifiques ils forment la base du traitement dit *de la Charité* (1). Celui-ci se compose d'une foule de formules très compliquées, mais d'une grande efficacité. Voici quelle est aujourd'hui la manière la plus convenable et en même temps la plus commode de traiter la colique de plomb.

Lorsque les malades sont tourmentés par des envies continuelles de vomir ; lorsqu'ils ont la langue sale et couverte d'un enduit épais, il faut

(1) Le traitement dit *de la Charité* a subi plusieurs modifications depuis 1603, époque à laquelle il commença à être employé par les religieux qui desservaient cet hôpital. Voici aujourd'hui à peu près en quoi il consiste :

1er JOUR. — *Eau de casse avec les grains* (décoction de 64 grammes de tamarin dans 1000 grammes d'eau ; ajoutez : émétique, 15 centigrammes). Pour boisson, *tisane sudorifique simple* (décoction de gaïac). Le matin, *un lavement purgatif* (infusion de séné, 8 grammes pour 500 d'eau ; sulfate de soude, 76 grammes ; électuaire diaphœnix, 32 grammes ; jalap pulvérisé, 1 gramme 3 décigrammes). Le soir, *lavement anodin* (huile de noix, 125 grammes ; vin rouge, 314 grammes) ; *bol calmant* (thériaque, 4 grammes ; opium, 5 centigrammes).

2e JOUR. — *Eau bénite* (eau, 500 grammes ; émétique, 25 centigrammes ; (*tisane sudorifique simple ; lavement purgatif* pour le matin. Le soir : *lavement anodin, thériaque et opium*, comme ci-dessus.

3e JOUR. — *Tisane sudorifique laxative*, 2 verres (infusion de séné et décoction de gaïac, parties égales, 1000 grammes) ; *tisane sudorifique simple : lavement purgatif ; lavement anodin ; bol calmant, ut suprà.*

4e JOUR. — *Potion purgative des peintres*, le matin (séné, 8 grammes, infusé dans 250 grammes d'eau ; électuaire diaphœnix et sirop de nerprun, 32 grammes de chaque ; jalap en poudre, 1 gramme 3 décigrammes) ; *tisane sudorifique simple* : le soir, *bol de thériaque et opium.*

5e JOUR. — *Tisane sudorifique laxative*, 2 verres ; *tisane sudorifique simple ; lavement purgatif* : le soir, *lavement anodin ; thériaque et opium.*

6e JOUR. — *Potion purgative* le matin, *tisane sudorifique simple, lavement purgatif, lavement anodin, thériaque et opium.*

7e JOUR. — *Tisane sudorifique laxative ; tisane sudorifique simple, lavement purgatif, lavement anodin, bol calmant.*

Dans le traitement de la Charité les malades sont à la diète ; en général, on commence à donner du bouillon le quatrième ou le cinquième jour. On augmente ensuite graduellement.

commencer par administrer un éméto-cathartique (émétique 10 ou 15 centigrammes, sulfate de soude 25 grammes) ; celui-ci ne déterminant pas le plus souvent, ou déterminant à peine des évacuations alvines, il faut administrer le même jour 1 ou même 2 lavements fortement purgatifs (séné 12 grammes, jalap en poudre 4 grammes, miel mercuriel 60 grammes, 500 grammes) ; en même temps, le ventre sera recouvert de cataplasmes émollients, et une pilule d'opium de 5 à 10 centigrammes sera donnée le soir pour procurer un peu de sommeil. Lorsque l'indication vomitive n'existe pas, il faut de suite administrer les purgatifs drastiques. On a dit que lorsque les douleurs étaient très violentes on devait les calmer par l'opium avant de chercher à vaincre la constipation ; mais nous ne saurions partager cette opinion, car l'étude d'un grand nombre de faits nous a prouvé que les drastiques, en rétablissant les selles, soulageaient les coliques beaucoup plus promptement et d'une manière plus durable que l'opium lui-même. A l'exemple de M. Tanquerel, nous donnons souvent l'huile de croton à la dose de 1 ou 2 gouttes en 1 ou en 2 pilules, ou dans une cuillerée de tisane. Si l'huile agit comme vomitif, ou si, trois ou quatre heures après son administration, elle n'a produit encore aucun résultat, on devra donner une nouvelle pilule d'une goutte. Il convient en général de continuer l'usage de ce purgatif pendant deux ou trois jours de suite, lors même que les coliques auraient entièrement cessé. Il suffit alors le plus souvent de donner une demi-goutte le matin ; et si on trouve, le soir, que l'effet purgatif a été insuffisant, on administre, comme adjuvant, le lavement formulé précédemment. Ces moyens, aidés du repos, d'une diète absolue, de l'usage d'une boisson acidule (limonade), douce, laxative (petit-lait, eau de veau), suffisent généralement. Il ne faut commencer à alimenter les malades que lorsque toute douleur de ventre a cessé et lorsque les selles sont bien rétablies. Pour peu que celles-ci menacent de se suspendre, il faut revenir de suite à l'usage de l'huile de croton. Souvent alors il suffit d'administrer 30 grammes d'huile de ricin, ou bien un lavement purgatif ordinaire.

Tel est le meilleur traitement de la colique de plomb. Il ne faut pas hésiter d'insister sur les purgatifs ; on ne préférera pas les laxatifs aux drastiques, dans la crainte d'enflammer la muqueuse intestinale ; car on ne voit presque jamais cet accident survenir. Ce n'est pas un des points les moins curieux de l'histoire de la colique saturnine que de voir des malades qui, succombant après avoir pris des doses souvent considérables de drastiques, ne présentent néanmoins pas même de la rougeur dans le tube gastro-intestinal.

Pour la prophylaxie de la colique, voir plus bas.

Nature. — On ne conçoit pas qu'on ait jamais pu regarder la colique saturnine comme étant de nature inflammatoire ; car les symptômes, les nécroscopies et le traitement donnent un démenti à cette doctrine. Aujourd'hui, tout le monde est à peu près d'accord pour regarder la colique métallique comme une névrose douloureuse des nerfs intestinaux. Le caractère de la douleur, qui se calme le plus souvent par la pression, l'absence de

fièvre, et de lésions après la mort, l'utilité des narcotiques et des évacuants, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

DES DOULEURS NÉVRALGIQUES DES MEMBRES ET DU TRONC.

Nous avons dit que les individus atteints de colique saturnine se plaignaient le plus souvent de douleurs plus ou moins vives dans les articulations ou dans la continuité des membres, plus rarement dans les lombes, dans les parois thoraciques, et à la tête. Ces douleurs peuvent aussi exister seules; elles surviennent dans les mêmes circonstances que la colique; elles paraissent être plus communes que cette dernière chez les ouvriers qui travaillent le minium; le contraire a lieu chez les cérusiers. Ces douleurs correspondent au rhumatisme métallique de Sauvages. M. Tanquerel, qui les a bien étudiés, leur a donné le nom d'*arthralgie*, mot impropre, puisqu'il semble indiquer qu'elles n'occupent que les jointures, tandis qu'on les observe aussi très communément dans la continuité des membres et même au tronc et à la tête.

Symptômes. — Lorsque les douleurs saturnines ne surviennent pas dans le cours d'une colique, elles sont précédées pendant quelque temps de lassitudes et d'engourdissement dans les parties qui vont être envahies. Bientôt les malades ressentent des douleurs simplement contusives, ou bien lancinantes, térébrantes ou dilacérantes; elles sont continues, mais offrant des exacerbations irrégulières, qui arrivent souvent pendant la nuit, et privent les malades de sommeil. Ces douleurs, que la pression soulage le plus ordinairement, s'exaspèrent souvent par la chaleur du lit, tandis que l'exposition des parties au froid extérieur les calme; toutefois le contraire a lieu très fréquemment. Elles ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de chaleur, ni d'aucun changement de couleur à la peau; elles siègent le plus souvent dans les grandes articulations, et si elles occupent la continuité des membres, c'est ordinairement dans le sens de la flexion; elles affectent plus communément les membres inférieurs; au tronc, elles n'envahissent guère que les muscles lombaires et parfois les parois thoraciques. Ces douleurs rendent les mouvements difficiles: il est très commun de voir certains muscles (ceux du mollet, par exemple) durs, contractés et devenant alors le siége de crampes très pénibles. Les douleurs dont je parle, quoique ayant le plus souvent un caractère névralgique, ne s'irradient point suivant le trajet connu d'un nerf; mais tantôt elles semblent siéger dans les muscles et quelquefois dans les os ou bien dans les tissus fibreux.

Marche, durée, terminaisons. — Les douleurs saturnines ont une marche très irrégulière; leur durée est très variable : elle peut n'être que de quelques jours, ou bien se prolonger pendant des semaines et même pendant des mois entiers. Lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes, elles peuvent cesser, puis reparaître, gagner successivement toute l'étendue d'un membre; mais on ne les voit jamais avoir la mobilité des douleurs rhumatismales, et se porter, par exemple, d'un membre dans un autre. Ces dou-

leurs sont quelquefois suivies de la paralysie des muscles; dans d'autres cas, ces deux accidents se développent simultanément, et coexistent pendant quelque temps. Cependant les douleurs finissent bientôt par céder, tandis que la paralysie persiste ensuite d'une manière indéterminée. La terminaison est toujours heureuse, à moins de quelque complication. A l'autopsie, les parties qui étaient douloureuses pendant la vie ne sont le siége d'aucune altération appréciable.

Diagnostic. — Les douleurs saturnines ressemblent beaucoup à celles d'un rhumatisme chronique : toutefois elles en diffèrent en ce qu'elles sont moins mobiles et beaucoup moins tenaces; si elles occupent les articulations, celles-ci ne se déforment jamais; lorsqu'elles siègent dans les muscles, et notamment dans ceux des lombes et dans les parois thoraciques, il est presque impossible, d'après leur caractère seulement, de déterminer quelle est leur nature; mais les commémoratifs seront ici d'une grande utilité. Ces douleurs, siégeant souvent sur les os, et s'exaspérant pendant la nuit, pourraient aussi être confondues avec des douleurs ostéocopes syphilitiques; mais l'absence d'exostose et d'autres symptômes d'infection vénérienne, et, d'autre part, les commémoratifs apprenant que les individus manient des préparations de plomb, éclaireront le médecin sur la véritable nature de ces souffrances.

Traitement. — Le repos suffit quelquefois pour faire disparaître les douleurs saturnines. Lorsque celles-ci accompagnent les coliques, il faut se borner à traiter ces dernières par les moyens indiqués plus haut. Quand les douleurs existent seules, on administrera tous les jours un bain sulfureux; s'il y a de l'insomnie, on donnera le soir une pilule opiacée. Sous l'influence de cette médication, on voit presque toujours les douleurs cesser, au plus tard, au bout d'un septénaire. Dans les cas rebelles, on aura recours à quelques vésicatoires volants qu'on pansera pendant quelques jours avec un sel de morphine.

DES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX SATURNINS OU ENCÉPHALOPATHIE SATURNINE.

Les préparations saturnines absorbées portent souvent leur action délétère sur l'encéphale, et produisent l'exaltation, la perversion ou l'abolition des fonctions de cet organe.

Historique et divisions. — Ces accidents cérébraux, quoique assez fréquents, n'avaient pourtant que peu fixé l'attention des médecins qui, depuis deux siècles, ont le mieux étudié la colique métallique; on voit même qu'à une époque très rapprochée de nous (1812), M. Mérat les regardait comme des complications étrangères à la maladie saturnine. Cependant, depuis cet auteur, on a publié d'observations dans les thèses et dans les recueils périodiques, un certain nombre d'affections cérébrales évidemment déterminées par l'absorption du plomb, comme la colique, avec laquelle elles coïncident presque toujours. La science ne possédait que ces faits isolés, lorsque j'entrepris, à la fin de 1836, de tracer l'histoire de cette maladie,

dont je décrivis les formes principales (1). Vers la même époque, M. Nivet publia dans la *Gazette médicale* un travail à peu près semblable. M. Tanquerel, écrivant sur le même sujet trois ans après moi, n'a fait, sous beaucoup de rapports, que compléter mes descriptions, qu'il a souvent *daigné copier mot à mot*, sans rien y ajouter de capital. Plût à Dieu qu'on pût croire, dans son intérêt, que ces nombreux emprunts ne sont que des réminiscences! Pour moi, je suis tout disposé à admettre que l'auteur dont je parle avait complétement oublié la nature de mon travail lorsqu'il s'est posé, dans son livre, comme le premier historien de l'encéphalopathie saturnine, mot sous lequel ce médecin comprend l'ensemble des accidents cérébaux produits par l'action du plomb sur l'encéphale (2).

Cette action se traduisant à l'extérieur par des troubles fonctionnels différents, j'ai établi, dans mon premier travail, et je conserverai encore ici trois formes primitives de la maladie, qui sont : 1° la forme *délirante*; 2° la forme *convulsive* ou *épileptique*; 3° la forme *comateuse*. J'ai dit ensuite que ces trois formes pouvaient se combiner entre elles, c'est-à-dire coexister ensemble ou se succéder les unes aux autres.

Anatomie pathologique. — Chez un peu plus de la moitié des individus qui succombent aux accidents cérébraux saturnins, on ne trouve ni dans l'encéphale ni dans la moelle épinière aucune lésion appréciable. Chez les autres, au contraire, surtout s'ils ont été emportés par des attaques épileptiques ou épileptiformes, on trouve les circonvolutions aplaties, pressées les unes contre les autres; les anfractuosités sont à peine marquées, de sorte que la surface des hémisphères est presque unie. La pulpe cérébrale a parfois une légère coloration jaunâtre; elle n'est presque jamais injectée; le plus souvent même elle est presque exsangue; elle a tantôt sa consistance; quelquefois celle-ci est augmentée, d'autres fois elle est un peu diminuée, et, dans ce cas, le cerveau colle un peu au doigt, et donne une résistance pâteuse, que nous avons souvent comparée, avec M. Martin Solon, à la sensation que donne la pâte de guimauve; les ventricules ne contiennent point ou à peine de sérosité, et leur cavité est quelquefois diminuée d'un tiers et même de moitié.

L'aplatissement des circonvolutions cérébrales indique que l'encéphale a été fortement comprimé par les parois du crâne; il est certain que, dans ces cas, le cerveau, obéissant à un effort d'expansion, se trouve à l'étroit dans la cavité crânienne : c'est ce dont on peut se convaincre d'ailleurs en appliquant une ou plusieurs couronnes de trépan, car alors on voit le cerveau faire hernie à travers l'ouverture, et dépasser même le niveau de la surface externe des os du crâne. Enfin, lorsqu'en séparant la voûte crânienne, on met à nu la dure-mère, celle-ci est fortement tendue; il est impossible de la saisir, soit avec les doigts, soit même avec des pinces; et

(1) *Journal hebdomadaire*, t. IV, année 1836, où j'ai consacré quarante et une pages à l'étude des accidents dont je parle.

(2) Ce mot *encéphalopathie* a été proposé par M. Tanquerel, à l'occasion d'*une seule observation* que ce médecin inséra dans le même volume du *Journ. hebdom.*, peu de temps avant la publication de mon travail.

lorsqu'on l'incise, on voit aussitôt la masse cérébrale se précipiter au dehors. Enfin, le rétrécissement que les ventricules subissent dans certains cas est encore une preuve de l'augmentation de volume du cerveau. Cet organe semble être affecté d'hypertrophie ; toutefois, en considérant la rapidité avec laquelle la maladie se déclare et poursuit sa marche, on devra admettre bien moins une hypertrophie, c'est-à-dire une augmentation de nombre et de volume des molécules cérébrales, qu'une sorte de turgescence qui peut très bien s'expliquer par l'organisation même du tissu cérébral.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on se forme sur la nature de l'altération, il est inutile d'insister ici pour prouver qu'elle n'est pas inflammatoire. Ajoutons aussi que chez les individus qui succombent subitement aux accidents cérébraux saturnins, on ne trouve aucune trace de phlegmasie dans les méninges, ni dans le cerveau, ni dans la moelle ; celle-ci a toujours été vue exempte d'altération, et elle participe même fort rarement à la coloration jaunâtre qui existe parfois dans le cerveau. MM. Andral et Gavarret, ayant deux fois analysé le sang après la mort, ont trouvé la fibrine en quantité normale.

Prodromes. — Les accidents cérébraux, quelle que soit leur forme, peuvent se déclarer subitement, et frapper l'ouvrier au milieu d'une santé parfaite en apparence. C'est ainsi que nous avons vu deux cérusiers, sortant à peine de prendre leur repas, être comme foudroyés au milieu de leur travail, et présenter, l'un des accès d'épilepsie, l'autre un affaissement comateux. Dans un grand nombre des cas pourtant (la moitié environ), on peut noter des phénomènes prodromiques : ce sont, par ordre de fréquence, une céphalalgie frontale ou sincipitale plus ou moins vive, avec ou sans vertiges, de la somnolence ou un sommeil agité et fréquemment interrompu, un regard hébété, l'accélération du pouls, un état d'inquiétude et de tristesse qui pousse le malade à pleurer ; enfin, quelques uns sont frappés subitement d'amaurose, ou éprouvent des engourdissements, des fourmillements ou des douleurs dans les membres.

Dans les deux tiers des cas, nous avons vu les accidents célébraux se déclarer chez des individus atteints déjà de colique saturnine : la violence de celle-ci a parfois expliqué le développement des symptômes cérébraux ; mais, chez les trois quarts des individus, ceux-ci ne sont survenus que lorsque les douleurs abdominales avaient déjà considérablement diminué, et que la maladie était déjà en voie de guérison ; de sorte qu'on ne peut pas considérer ici les troubles cérébraux comme étant un effet purement sympathique des souffrances abdominales.

Symptômes. — Les symptômes variant beaucoup suivant la forme que la maladie revêt, nous allons l'étudier dans chacune des divisions que nous avons établies précédemment.

1° *Forme délirante.* — Le quart des individus qui présentent des symptômes cérébraux saturnins sont affectés de délire ; celui-ci est quelquefois (chez un tiers) calme, et ne consiste qu'en une divagation dans les idées, sans aucune espèce d'agitation. Mais il n'en est plus de même chez les autres malades (deux tiers), dont le délire est furieux : ceux-là jurent,

crient, vocifèrent, mettent en pièces leurs vêtements, rompent les liens qui les retiennent dans leur lit, courent dans la salle, injurient, battent et renversent les personnes qu'ils rencontrent, tiennent les propos les plus obscènes; enfin, il en est dont l'agitation maniaque est encore excitée par des illusions ou des hallucinations. Ce délire, quelle que soit sa forme, est dans les trois quarts des cas continu; mais il présente alors des exacerbations irrégulières, qui ont lieu presque indifféremment le jour ou la nuit. Le délire n'est pas toujours complet, universel : souvent, en effet, on peut obtenir des réponses justes aux questions qu'on adresse aux malades; beaucoup rendent un compte fidèle de leurs douleurs, et offrent ce mélange de délire et de raison qui caractérise cette forme de folie qu'on nomme *raisonnante*. Mais au moment du paroxysme toutes les idées sont incohérentes : le malade offre alors exactement l'image des maniaques en fureur.

Après avoir duré pendant un ou plusieurs jours d'une manière continue, on voit chez quelques malades l'agitation se calmer; bientôt ces individus s'endorment, et après un sommeil paisible de cinq, six ou douze heures, ils se réveillent tout à fait raisonnables, n'ayant aucun souvenir ou ne conservant qu'une idée confuse des scènes de la veille. Le plus souvent alors les malades sont guéris; mais chez quelques uns on voit, après une suspension d'un à trois jours, les mêmes accidents reparaître.

Quelques malades succombent brusquement au milieu même de la violence de leur délire : ils sont comme sidérés; d'autres, probablement égarés par quelque vision ou hallucination, se tuent; enfin, chez le plus grand nombre, ou les trois quarts environ, on voit des convulsions ou un état comateux succéder au délire

2° *Forme convulsive ou épileptique.* — La forme convulsive est la plus fréquente de toutes. Toutes les fois qu'il m'a été possible d'interroger les malades sur les sensations qu'ils ont éprouvées avant leurs attaques, je n'ai jamais pu constater chez aucun d'eux l'existence d'une *aura epileptica.* La forme de l'attaque varie suivant les cas; un septième des individus n'éprouve au début qu'une sorte de vertige épileptique; lorsqu'il en est ainsi, les malades tombent subitement privés de connaissance; la sensibilité générale est abolie, les yeux sont fixes, et on n'observe aucune convulsion. Cet état diffère pourtant du vertige épileptique ordinaire par sa durée plus grande. Il persiste, en effet, le plus souvent pendant plusieurs heures, tandis que dans le vertige épileptique simple l'anéantissement des facultés cérébrales disparaît après une ou deux minutes seulement. Lorsque, dans les cas que j'étudie actuellement, les malades reprennent connaissance, ils ne jouissent pas immédiatement de la plénitude de leurs facultés intellectuelles; ils ne se rappellent ni leur attaque ni souvent les circonstances qui l'ont précédée; leur physionomie porte l'empreinte d'une stupeur profonde; leurs membres sont tremblants; ils chancellent s'ils sont debout, et ne saisissent les objets extérieurs qu'avec hésitation; leurs idées sont confuses; leur parole est lente, embarrassée; bientôt après, c'est-à-dire au bout de huit ou dix minutes, d'une ou de plusieurs heures,

une attaque nouvelle se déclare. Celle-ci s'accompagne ordinairement de mouvements convulsifs : on voit alors la figure du malade s'injecter tout à coup ; puis, et en un instant presque indivisible, la couleur rouge est remplacée par la pâleur de la mort. Si l'individu est debout, il tombe à la renverse comme une masse inerte, insensible à tous les excitants extérieurs. Aussitôt tout son corps se roidit ; les membres, les supérieurs surtout, éprouvent de légères secousses. On n'observe pas généralement ces mouvements désordonnés qui poussent les malades hors du lit où ils reposent. Ordinairement la roideur, quelquefois presque tétanique, prédomine dans un côté : alors la face est horriblement défigurée ; les commissures sont fortement tirées à droite ou à gauche ; les paupières sont fermées ou largement ouvertes ; les yeux sont fixes ou roulants ; toutes ces parties sont agitées de petits mouvements convulsifs. La langue, dans la moitié des cas, saisie entre les dents, est déchirée ; une salive écumeuse, très rarement sanguinolente, inonde les lèvres, en même temps que le gonflement des veines du cou et la turgescence violacée de la face viennent augmenter encore l'horreur d'un pareil tableau. Pendant que ces phénomènes existent, la respiration est courte et pénible ; elle devient bruyante, stertoreuse, lorsque la résolution arrive. Alors la pâleur remplace la teinte violacée de la face ; la peau se couvre de sueur ; les membres sont dans une résolution complète ; les pupilles sont largement dilatées, la sensibilité générale continue d'être abolie ; mais l'attaque est terminée après une durée moyenne de quelques minutes seulement. Quant à la marche ultérieure de l'affection, elle varie suivant les cas. Sur plus de la moitié des individus, après quatre ou dix minutes, la sensibilité revient progressivement, l'intelligence reste obtuse ; les malades pourtant sont aptes à percevoir quelques sensations ; ils peuvent fournir des renseignements, mais communément ils expriment mal leurs pensées, et balbutient souvent des mots inintelligibles. Quelques uns, à peine réveillés, s'agitent et vocifèrent : ils sont devenus maniaques ; d'autres sont tourmentés par des idées sinistres ou bien ils ont des visions effrayantes. Cette agitation furibonde, ces pensées tristes, cessent au bout de quelques minutes, ou au plus tard après quelques heures ; elles sont remplacées par une nouvelle attaque d'épilepsie ordinairement plus intense que la première. Alors les accès se rapprochent de plus en plus, ils deviennent presque subintrants lorsque la maladie doit avoir une terminaison fâcheuse ; dans leurs intervalles, qui sont fort courts, les malades ne recouvrent pas leur intelligence, mais ils restent plongés dans un état comateux et dans une insensibilité absolue.

Dans quelques cas peu fréquents (une fois sur six) les convulsions sont irrégulières et difficiles à caractériser ; c'est ce qui fait dire à Stoll que presque tous les genres de convulsions ont lieu dans la colique saturnine ; mais principalement la plus grave de toutes, et qui attaque tout le corps, l'épilepsie ; qui saisit, quitte, reprend les malades dans tous les temps et lorsqu'ils y pensent le moins. La forme convulsive peut être irrégulière dès le début, ou le devenir après des attaques d'épilepsie souvent répétées ;

dans ces cas, ces convulsions sont partielles; elles affectent la face entière ou l'un de ses côtés seulement ; un membre ou plusieurs à la fois sont frappés d'une contracture permanente qui persiste sans interruption trois, quatre, six heures et plus, jusqu'au terme fatal. Enfin on a vu des malades devenir cataleptiques; mais cette forme de convulsion est la plus rare de toutes : nous ne l'avons jamais rencontrée.

La mort arrive souvent après des phénomènes d'asphyxie, tantôt subitement, comme s'il y avait alors suspension de l'action nerveuse, tantôt après un coma qui peut persister depuis quelques heures jusqu'à un jour. Stoll disait alors que les malades *tombaient des convulsions en apoplexie*, laquelle, ajoutait-il, se dissipe le plus ordinairement. Il en a vu périr deux seulement qui étaient entrés tout récemment à l'hôpital et n'avaient encore fait aucun remède. Mais Stoll me paraît avoir méconnu dans ces cas le véritable caractère de l'affection, et avoir porté un pronostic généralement trop favorable. Il faut, en effet, dans les convulsions épileptiques, distinguer deux états comateux ou apoplectiques, pour me servir de l'expression du célèbre professeur de Vienne ; l'un succède aux accès convulsifs : c'est leur terminaison ordinaire. Si la maladie doit avoir une issue favorable, ce coma n'est que passager, et je crois que Stoll n'a voulu désigner que cette espèce d'*apoplexie*. Mais il en est un autre qu'on ne doit pas confondre avec le précédent. Celui-là survient par suite de l'affaissement du cerveau, de son défaut de réaction après des accès trop souvent répétés, il n'a d'autre terme que la mort même des malades.

Les convulsions saturnines, si fatales à l'homme, ne le sont pas moins aux animaux domestiques qui fréquentent les ateliers. Les chiens et les chats meurent presque tous de convulsions ; tantôt ils sont foudroyés et succombent presque instantanément, tantôt ils courent, et souvent, frappés de cécité, ils vont se heurter contre les corps qui se trouvent sur leur passage. Leur course est interrompue de temps en temps par des mouvements convulsifs au milieu desquels ils meurent. Ces accidents nerveux surviennent quelquefois après plusieurs jours de malaise pendant lesquels l'animal est triste et abattu ; chez plusieurs, on a vu les symptômes se déclarer après avoir bu dans les ruisseaux une eau blanchie par les molécules de carbonate de plomb tenues en suspension.

3° *Forme comateuse.* — La forme comateuse tient le troisième rang pour la fréquence. Nous ne parlons ici que des cas où le coma est primitif, et non de ceux où il est consécutif aux autres formes. Dans les premiers temps, le malade peut être encore sensible à quelques excitants extérieurs : on peut le tirer momentanément de son état d'affaissement; il est possible quelquefois d'obtenir de lui, sinon des renseignements précis, du moins quelques données sur ses sensations actuelles; mais quant au passé, le souvenir en est perdu. Le pouls et la respiration sont sans fréquence; le malade reste ordinairement paisible dans son lit; il a l'aspect d'un homme profondément endormi. De temps en temps ce sommeil léthargique est interrompu par des cris, et plus souvent par des plaintes. Tantôt on observe un peu d'agitation ; le malade se remue d'un côté ou

d'autre, se lève sur son séant, se met à genoux, et dans ces divers mouvements ses yeux sont fermés ou largement ouverts ; mais dans ce dernier cas même, il semble ne distinguer aucun objet extérieur ; ses pupilles sont larges ou médiocrement dilatées et ont peu de mobilité ; les conjonctives sont sans injection. La cessation de ces accidents se fait progressivement : ainsi l'amaurose disparaît peu à peu ; les malades fixent les personnes qui leur parlent sans leur répondre ; puis ils répondent à certaines questions faciles, et souvent d'une manière incomplète, mais prouvant du moins qu'ils ont saisi en partie le sens des paroles qu'on leur a adressées. Peu à peu ils reconnaissent leurs parents, leurs amis ; leurs facultés intellectuelles reprennent leur empire. Mais néanmoins le malade n'a aucun souvenir de tout ce qui a eu lieu pendant l'attaque ; il croit se réveiller d'un sommeil profond ; il est fatigué, et la première sensation pénible qu'il éprouve c'est la faim.

Ces trois formes primitives de l'affection cérébrale saturnine peuvent, comme je l'ai déjà dit, se combiner entre elles, se remplacer. Nous avons vu d'abord que, relativement à leur fréquence, on peut les classer ainsi : 1° forme convulsive, 2° forme délirante, 3° forme comateuse. Quant au mode de combinaison de ces accidents entre eux, il est impossible de rien indiquer de constant ; toutefois on peut établir que, quelle que soit la forme que la maladie revêt primitivement, dans les deux tiers des cas, néanmoins, les convulsions épileptiques se déclarent soit au début, soit dans le cours de l'affection. Je puis même indiquer ici les convulsions comme constituant l'accident le plus formidable et celui qui entraîne le plus promptement les malades, surtout lorsqu'il se déclare chez les individus dont la puissance nerveuse est affaiblie, soit par le délire, soit par un état léthargique antérieur.

Durée. — La durée de la maladie varie suivant la forme des accidents. Le délire, s'il est intermittent, peut se prolonger sans entraîner la mort pendant quatre, six, neuf et dix-sept jours. Les attaques d'épilepsie peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés, depuis quelques minutes jusqu'à six ou sept jours. Enfin, l'état comateux persiste le plus souvent de deux à dix jours.

Mais dans quelques cas, heureusement fort rares, la durée de l'affection est très courte ; car quelques heures, quelques minutes, quelques secondes même suffisent pour emporter les malades.

Récidives. — Les accidents cérébraux que j'ai précédemment décrits sont sujets à récidives, non seulement lorsque les individus s'exposent de nouveau aux émanations saturnines, mais même lorsqu'ils sont soustraits depuis un temps assez long à l'influence délétère du plomb. Ainsi gardons-nous de croire qu'un convalescent a recouvré la santé dès le moment que les accidents nerveux ont cessé, car la cause toxique de la maladie subsiste encore, et après avoir pour ainsi dire sommeillé quelques jours, elle peut renaître encore, spontanément, ou après un écart de régime, après une émotion morale, etc. Pendant combien de temps le plomb peut-il exercer sur l'économie cette influence fâcheuse ? Il est impossible de le préciser.

Toutefois, dans les faits que je possède, cette influence ne s'est pas étendue au-delà du quatrième septénaire.

Accidents consécutifs. — Ceux qui survivent recouvrent pour la plupart une santé parfaite; cependant, chez un quinzième environ des sujets, on observe une paralysie consécutive des membres ou des sens (notamment de la vue). Cette paralysie peut persister toute la vie ou se dissiper après un temps plus ou moins long. Ceux qui ont eu des convulsions ne sont point sujets par la suite à des accès d'épilepsie.

Diagnostic. — Dans tous les accidents cérébraux que je viens de passer en revue, on ne peut rien découvrir de spécial. Il est impossible en les voyant, et si l'on n'a pas recours aux commémoratifs, de dire si ces phénomènes reconnaissent pour point de départ une cause spécifique, car le délire, les convulsions, le coma, peuvent appartenir à des causes variées, et qu'il est difficile, dans l'état actuel de la science, de discerner entre elles. Mais des accidents saturnins antérieurs, et à plus forte raison des symptômes abdominaux actuels, mettront sur la voie pour connaître la cause spéciale des troubles nerveux que nous observons : ainsi on puisera les éléments du diagnostic bien moins dans la forme et dans la nature des accidents cérébraux que dans l'existence des symptômes caractérisant une colique saturnine. Enfin on tiendra compte aussi de certains phénomènes qui, quoique n'étant pas exclusifs à l'affection saturnine, n'en constituent pas moins des circonstances capitales pour éclairer un diagnostic incertain : je veux parler de l'amaurose et de l'état de la circulation. L'amaurose, dans quelques cas, est le premier accident insolite que l'on observe; c'est, pour ainsi dire, un signe avant-coureur d'autres accidents plus graves. Cette amaurose a pour caractère spécial de survenir brusquement, et de cesser, en général, après une durée qui varie entre douze heures et huit jours. La lenteur du pouls a été regardée comme se montrant fréquemment dans un grand nombre d'affections cérébrales; mais néanmoins l'apyrexie n'accompagne guère la première période d'une maladie aiguë des centres nerveux, tandis que, pour les accidents cérébraux saturnins, quelle que soit leur forme, la lenteur du pouls est un phénomène assez ordinaire, du moins dans les premiers temps de la maladie. Toutefois il y a des circonstances dans lesquelles il est impossible de constater ce caractère important fourni par la circulation : ainsi, lorsque le malade est agité par un délire frénétique, ou bien lorsque les accès convulsifs sont intenses et très rapprochés, la circulation participe à cet état d'exaltation. Mais ici l'accélération n'est que momentanée, à moins que le malade ne touche au terme fatal. Dans quelques cas cependant on pourrait éprouver de la difficulté pour distinguer la forme délirante de l'affection saturnine d'avec le *delirium tremens*, attendu que la plupart des ouvriers, surtout ceux qui sortent des fabriques de céruse, sont adonnés à l'ivrognerie. Dans le *delirium tremens*, comme dans le délire saturnin, en effet, les malades ont des emportements furieux; ils ont de l'insomnie, et l'affection se juge communément chez eux par un sommeil long et profond. Mais dans le délire des dypsomanes, la contraction musculaire est plus ou moins lésée; les mouvements sont plus

ou moins pervertis ; ils se font sans précision ; si le malade est debout, il perd l'équilibre ; les objets ne sont saisis qu'avec une sorte d'hésitation, parce que les mains de ces malheureux sont agitées par un tremblement involontaire. Il y a, de plus, incertitude de la voix et tremblement des lèvres, phénomènes qui n'existent guère dans le délire saturnin, à moins qu'il ne soit suivi de paralysie. La forme délirante pourrait être confondue avec un accès de manie ; mais il est rare que celle-ci ne soit pas précédée de quelque dérangement notable de l'intelligence, ou tout au moins de quelques bizarreries dans le caractère. On pourrait encore prendre pour une démence, avec paralysie générale, certains délires saturnins se compliquant d'un commencement de paralysie des membres ; mais la marche comparative des deux maladies suffira seule pour les distinguer. La première, en effet, est toujours chronique ; la seconde, au contraire, a toujours une marche aiguë, du moins quant aux troubles intellectuels. Enfin, chez certains individus affectés d'épilepsie saturnine, la forme des accès ressemble tellement à ceux de l'épilepsie essentielle, qu'il est impossible de distinguer les deux affections par aucun symptôme positif. M. Tanquerel a prétendu pourtant trouver des caractères distinctifs, et a avancé que dans l'épilepsie saturnine on ne voyait pas, comme dans l'épilepsie essentielle, des convulsions plus marquées d'un côté du corps que de l'autre ; il ajoute que, dans la première espèce, les malades se mordent fréquemment, et que les accès sont beaucoup plus longs. Je ne doute pas que les médecins tant soit peu habitués à l'observation des névroses cérébrales ne trouvent une erreur dans chacune de ces propositions. Enfin le même auteur soutient que l'épilepsie saturnine est toujours précédée ou suivie de délire ou de coma ; mais la même chose peut avoir lieu pour certaines épilepsies simples, surtout lors des premières attaques, et lorsqu'elles affectent une marche très aiguë.

Pronostic. — Le pronostic est très grave, puisque plus de la moitié des malades atteints des symptômes cérébraux que j'ai décrits succombent. Le pronostic devra toujours être incertain dans les cas les plus bénins en apparence, car la marche est souvent insidieuse, et surtout on voit à des symptômes légers succéder brusquement les accidents les plus formidables. La nature des troubles qu'on observe doit également faire varier le pronostic. En général les formes délirante et comateuse, quoique fort graves, semblent cependant entraîner, la première surtout, moins de danger que la forme convulsive. Le pronostic sera d'autant plus favorable que le malade luttera plus longtemps contre les accidents cérébraux, quels qu'ils soient : ainsi il est rare que l'individu succombe lorsque l'affection a atteint le sixième ou septième jour ; dans l'immense majorité des cas, en effet, la terminaison fatale arrive dans les deux ou trois premiers jours, et même dans les premières heures, à dater de l'invasion.

Il y a un phénomène dont la présence indique toujours un danger prochain, une mort à peu près certaine : je veux parler d'une roideur du cou, d'un certain degré d'opisthotonos, qui peut persister après les attaques convulsives, et que j'ai noté chez quatre individus qui succombèrent. La roi-

deur d'un membre ou d'une moitié du corps est aussi un symptôme du plus fâcheux augure.

Traitement. — On n'est pas encore bien fixé sur le traitement le plus convenable à opposer aux accidents cérébraux saturnins. Quelques uns ont employé la saignée ; mais outre que les ouvertures cadavériques n'en démontrent point l'utilité, puisqu'il n'existe ni inflammation ni même de congestion dans les centres nerveux, les observations cliniques ont, de plus, prouvé que les émissions sanguines étaient presque toujours nuisibles, et leur emploi suivi de redoublement dans les accidents : nous en dirons autant des applications froides sur la tête. Les révulsifs cutanés, tels que sinapismes et vésicatoires, sont même d'une utilité très contestable; il m'a paru pourtant que, dans la forme comateuse, l'application d'un large vésicatoire sur toute la surface du cuir chevelu, préalablement rasé, pouvait être utile et contribuer à faire sortir l'individu de l'état d'affaissement dans lequel il est plongé. Les affusions froides ont eu parfois le même effet ; nous dirons toutefois qu'elles ne conviennent guère que dans les formes délirante et convulsive. L'opium, préconisé par Stoll, a été déprécié par d'autres; il est indiqué pourtant chez les sujets maniaques; il suffit, en effet, souvent d'administrer un quart de lavement avec 16 ou 20 gouttes de laudanum de Sydenham pour les calmer, pour leur procurer un sommeil paisible, au sortir duquel beaucoup de ces individus ont recouvré toute leur raison. L'opium ne convient pas dans la forme comateuse ni même dans la forme convulsive ; les espérances que nous avions conçues de ce médicament dans notre premier travail ne se sont malheureusement pas réalisées : nous en dirons autant du sulfate de quinine donné à haute dose, des antispasmodiques (éther, valériane, assafœtida), qui ont toujours échoué contre les accidents convulsifs. Enfin beaucoup de praticiens conseillent de combattre les symptômes cérébraux par le traitement de la Charité; mais l'expérience nous a prouvé aujourd'hui que celui-ci est inutile quand les accidents cérébraux existent seuls, et qu'il n'est que très rarement efficace dans les cas où les troubles nerveux s'accompagnent de colique saturnine. En résumé on voit que les ressources de la thérapeutique sont très bornées, et on ne peut guère espérer sauver par elle que la moitié des individus. M. Rayer, après avoir, comme nous, déploré pendant longtemps le peu d'utilité de nos agents thérapeutiques, a fini par n'opposer aux accidents dont nous parlons que l'expectation. Cette méthode, si nous en croyons M. Tanquerel, aurait réussi au-delà de toute attente, puisque de 34 malades dont 8 étaient atteints de la forme délirante, 2 de la forme comateuse et 24 des trois formes réunies, un seul aurait succombé. Un pareil résultat doit désormais fixer l'attention des médecins, et les engager à expérimenter la méthode conseillée par l'habile et savant médecin de l'hôpital de la Charité. Disons pourtant que nous avons échoué sur 5 ou 6 malades chez lesquels nous l'avons mise en usage ; tous ont rapidement succombé.

DES PARALYSIES SATURNINES.

Le plomb a souvent pour effet, après avoir été absorbé, de déterminer des paralysies plus ou moins étendues, qui portent le plus souvent sur la motilité, plus rarement sur la sensibilité.

Historique. — Dès la plus haute antiquité on a parlé de certaines espèces de coliques qui étaient fréquemment suivies de la paralysie des membres; ce ne fut pourtant que vers le milieu du dix-huitième siècle, après les travaux d'Astruc et de De Haën, qu'on posséda quelques données précises sur la cause et les formes de ces paralysies. Signalées depuis par tous les auteurs qui se sont occupés des maladies saturnines, elles ont été pour la première fois bien décrites par M. Tanquerel-Desplanches, dans sa thèse d'abord, et plus tard dans son ouvrage; il est même juste de dire que son chapitre sur la paralysie est à peu près le seul où l'auteur ait largement puisé dans son propre fonds. Nous lui emprunterons la plupart des choses que nous allons raconter plus bas.

Anatomie pathologique. — Chez les individus qui succombent dans le cours d'une paralysie saturnine, on ne trouve aucune lésion appréciable dans les centres nerveux ni dans le système ganglionnaire. Si l'affection dure depuis longtemps, on constate dans les parties paralysées des lésions dépendant uniquement du long repos auquel elles ont été condamnées, et de l'inertie de la nutrition : ainsi les muscles sont flétris, décolorés, souvent atrophiés: le calibre des vaisseaux est diminué; il en est quelquefois aussi de même du volume des cordons nerveux.

Circonstances dans lesquelles la paralysie survient. — La paralysie survient dans les mêmes circonstances que les autres maladies saturnines; mais elle diffère de celles-ci en ce qu'elle est rarement primitive et que presque toujours elle succède à quelque autre forme de l'empoisonnement saturnin, surtout à la colique, soit que celle-ci existe encore ou qu'elle vienne à peine de finir quand la paralysie survient, soit que le malade en ait éprouvé une ou plusieurs attaques à une époque déjà plus ou moins éloignée. En général la paralysie ne se déclare que chez les individus qui sont exposés depuis longtemps aux émanations saturnines. Les coliques violentes ne sont pas plus souvent suivies de paralysie que celles qui sont légères ou modérées (Tanquerel); mais il est prouvé que certains modes de traitements qu'on leur oppose, et notamment le traitement par l'acide sulfurique et par les antiphlogistiques, rendent cet accident beaucoup plus commun.

Dans la plupart des cas, les symptômes cérébraux, les douleurs névralgiques, et surtout la colique, précèdent la paralysie, et en constituent, pour ainsi dire, les prodromes. La paralysie est presque toujours annoncée par des lassitudes, par une sensation de froid, de torpeur, d'engourdissement, par la lenteur des mouvements dans les parties qui vont être frappées. Ces accidents peuvent disparaître momentanément par l'excitation de la marche; mais le plus souvent ils persistent, et constituent le premier degré de la paralysie.

Symptômes. — La paralysie est rarement générale et complète; mais, le plus souvent, elle est bornée à un système de muscles; elle peut même être circonscrite à un seul muscle, ou à un seul de ses faisceaux. Les membres supérieurs sont cinq ou six fois plus souvent atteints que les inférieurs; il n'est pas rare que les quatre membres soient simultanément affectés. Presque toujours la paralysie est bornée aux muscles extenseurs; elle s'étend fréquemment aussi aux muscles qui concourent à l'articulation de la voix. Ainsi les malades qui peuvent encore se tenir debout tremblent sur leurs jambes; leurs mouvements sont incertains; leurs jambes et leurs cuisses sont fléchies à cause de la paralysie des muscles de la partie antérieure (muscles extenseurs); les membres supérieurs sont pendants le long du tronc, si la paralysie est complète; mais le plus souvent celle-ci n'atteint guère que les muscles extenseurs du poignet et des doigts; ces parties sont alors fléchies; les malades ne peuvent plus saisir aucun objet, tandis qu'ils conservent les mouvements de l'épaule et du bras. Chez ces individus, les lèvres sont ordinairement tremblantes; la langue semble se mouvoir difficilement; la parole est embarrassée; il y a parfois du bégaiement; si la paralysie porte sur quelques muscles du larynx, il peut y avoir aphonie : mais cet accident est rare. Il en est de même de la paralysie des muscles intercostaux, qui, lorsqu'elle existe, amène bientôt la mort par asphyxie. La sensibilité est presque toujours intacte dans les membres paralysés; mais, chez un vingtième des malades environ, les parties privées du mouvement sont également insensibles. Cette insensibilité peut n'atteindre que la peau, ou frapper en même temps les parties profondes.

Lorsque la paralysie est devenue complète, et persiste depuis longtemps, les muscles finissent par s'atrophier. Si la paralysie n'affecte qu'un système de muscles, ceux-ci sont les seuls qui s'atrophient; ce qui fait un contraste fort remarquable avec les reliefs que forment les muscles des mêmes parties qui ne sont pas paralysées. Ceux-ci alors, en imprimant à certaines régions du corps, comme au poignet, par exemple, un état de flexion forcée, et en les tiraillant, déterminent le déplacement et la saillie des tendons et même des os du carpe. Lorsque la paralysie saturnine est très étendue, la nutrition générale languit, les malades s'affaiblissent, s'étiolent, les digestions se dérangent, les membres s'infiltrent, des escarres se développent sur les parties qui supportent la pression du corps pendant le décubitus; enfin la mort survient dans le marasme.

Marche, durée, terminaisons. — La paralysie suit ordinairement une marche lente et progressive. Lorsqu'elle atteint les quatre membres, elle commence ordinairement par les inférieurs; ceux-ci sont aussi les premiers à recouvrer le mouvement lorsque la maladie se termine heureusement. Quand la paralysie atteint tout le membre abdominal, elle s'étend communément de haut en bas, c'est-à-dire qu'elle frappe d'abord la cuisse, puis la jambe, et en dernier lieu le pied; la guérison, quand elle a lieu, s'opère suivant la même marche. Dans la paralysie complète des membres supérieurs, le mouvement revient d'abord dans les muscles fléchisseurs,

puis dans les pronateurs et les supinateurs, et en dernier lieu enfin dans les extenseurs, quoique, le plus souvent, la paralysie ait commencé par eux (Tanquerel).

La paralysie saturnine a une durée indéterminée : elle peut cesser après quelques jours, ou persister pendant des années entières, et même toute la vie. La guérison peut être complète ou incomplète : dans ce dernier cas, il est commun de voir la paralysie augmenter à chaque nouvelle colique que le malade contracte.

Variétés. — J'ai dit précédemment que la paralysie ne portait quelquefois que sur la sensibilité de certaines parties du corps ; cette forme de la maladie a été surtout étudiée par M. Tanquerel-Desplanches sous le nom d'*anesthésie saturnine.* Elle peut atteindre les parties profondes, ou être bornée à la peau. Cette dernière forme est la plus remarquable : elle peut être complète ou incomplète. Les malades ont quelquefois entièrement perdu la sensibilité tactile. Chez d'autres, cette faculté est conservée ou à peine obtuse tandis qu'ils sont absolument insensibles à la douleur. L'anesthésie se déclare ordinairement promptement ; elle est tantôt fixe et permanente, tantôt elle est mobile et elle se prolonge alors rarement au-delà de cinq à quinze jours. Elle siége sur les membres ou au tronc, et coïncide presque toujours avec une autre maladie saturnine à laquelle elle est consécutive. L'anesthésie serait, d'après la plupart des auteurs, un accident rare dans l'intoxication saturnine. M. Beau, au contraire, le signale comme étant constante (*Archives de* 1848). C'est là un fait à vérifier.

La paralysie peut se porter aussi sur quelques uns des organes des sens. On dit avoir observé une surdité saturnine ; mais la chose est fort rare, tandis qu'il est assez commun de voir la paralysie de la rétine. Celle-ci arrive ordinairement brusquement, et affecte simultanément les deux yeux. Elle peut être complète ou incomplète ; la conjonctive n'est jamais affectée ; le fond de l'œil est noir ; la pupille, ordinairement régulière, est contractile. L'amaurose est souvent le prélude des accidents cérébraux ; d'autres fois elle survient après eux, ou bien elle est consécutive à la colique. Elle a une marche rapide : sa durée moyenne n'est que de quatre à cinq jours ; on l'a vue très rarement persister un mois ; jusqu'à présent on ne connaît qu'un seul cas où la maladie ait été incurable ; il a été rapporté par le docteur Duplay, dans un excellent travail que ce médecin a publié dans les *Archives* (année 1834), sur l'amaurose saturnine.

Diagnostic. — La paralysie saturnine est presque toujours facile à diagnostiquer : ainsi la profession du malade, les accidents qui l'ont précédée, son siége borné à certaines parties du système musculaire, et notamment aux extenseurs, enfin l'absence des signes pouvant caractériser une lésion organique de la moelle et du cerveau, ne devront laisser aucun doute sur la nature de la maladie.

Pronostic. — La paralysie est une des formes les plus fâcheuses de l'empoisonnement saturnin, car elle est souvent incurable. Le pronostic est d'autant plus grave que la paralysie est plus complète, plus ancienne, qu'elle s'est développée plus lentement, que le sujet est plus affaibli. La

paralysie des muscles respirateurs est la plus fâcheuse, puisqu'elle met immédiatement la vie en péril.

Traitement. — Le traitement de la Charité, que quelques personnes ont préconisé contre la paralysie, ne convient que lorsque celle-ci s'accompagne de colique; dans le cas contraire, il est inutile et souvent nuisible, en affaiblissant les malades. Lorsque la constitution est détériorée, il faut avant tout chercher à ranimer la nutrition par une nourriture succulente, par l'usage d'un vin généreux, des préparations de quinquina et de fer. A l'extérieur, on emploie les frictions aromatiques et excitantes, les douches sur le rachis et sur les parties paralysées, les bains de mer, les bains sulfureux, ferrugineux, naturels ou artificiels. On a encore vanté les rubéfiants et les vésicants sur les parties malades et sur le trajet des principaux troncs nerveux. L'électricité, et surtout l'électropuncture, a été quelquefois utile. Mais l'emploi de la strychnine, conseillée d'abord par M. Fouquier, est la médication qui compte le plus grand nombre de succès. Ce précieux médicament sera d'abord administré à l'intérieur, en commençant par gramme 0,007, 0,009 (un huitième ou un sixième de grain), puis on augmente graduellement jusqu'à ce qu'on produise quelques mouvements spasmodiques dans les muscles paralysés; il est rare qu'on dépasse 10 centigrammes. On pourra aussi employer la strychnine suivant la méthode endermique : ainsi un vésicatoire étant appliqué sur les parties paralysées, on mettra à sa surface de la strychnine à la dose d'un centigramme d'abord; on l'élève successivement jusqu'à 7 ou 10 centigrammes, suivant les effets obtenus. Ces deux modes d'administration de la strychnine pourront être employés simultanément, ou bien l'un après l'autre. Ce que nous venons de dire s'applique également à la paralysie du mouvement comme à la paralysie du sentiment. L'amaurose se dissipe presque toujours spontanément; cependant, pour peu qu'elle persiste, il faudra employer contre elle les vésicatoires volants sur les tempes et au front, la strychnine et l'électropuncture, en dirigeant les courants sur le nerf frontal.

Nature. — La paralysie saturnine est, à proprement parler, une affection essentielle, puisqu'elle ne s'explique à l'autopsie par aucune lésion appréciable des systèmes cérébro-spinal et ganglionnaire. Nous ignorons donc la modification que ces organes ont dû subir. Quoi qu'il en soit, il faut admettre que la paralysie résulte d'une action directe exercée par le plomb sur le système nerveux, plutôt que de la regarder, avec beaucoup de médecins, comme un effet sympathique de la colique; car celle-ci manque quelquefois, quand la première existe : la paralysie n'arrive que vers son déclin ou lorsqu'elle a cessé; enfin, nous avons dit qu'il n'y avait aucune corrélation entre l'intensité des coliques et la fréquence de la paralysie.

DE LA PROPHYLAXIE DES MALADIES SATURNINES.

Nous sommes convaincu qu'il est au pouvoir de l'homme de rendre moins fréquents les accidents graves qui atteignent si souvent les individus qui sont en contact avec les émanations saturnines. Pour arriver à cet

heureux résultat, il faut que, dans la fabrication ou dans l'emploi des diverses préparations de plomb, 1° on se serve des procédés qui répandent le moins de particules métalliques dans l'atmosphère; 2° que cette atmosphère puisse être facilement renouvelée; 3° enfin, qu'on emploie des moyens mécaniques qui permettent à l'ouvrier de respirer sans que l'agent toxique puisse pénétrer dans l'économie.

1° *Procédés répandant le moins de particules métalliques.* — Il faut, comme je l'ai déjà établi dans ma thèse, que dans les fabriques de céruse on supprime le *battage* des couches ou l'*épluchage ;* on séparera le carbonate des lames de plomb auxquelles il adhère, à l'aide d'un cylindre cannelé qu'on enfermera dans un châssis en bois hermétiquement clos. Les meules sèches ou humides, les moulins et les blutoirs devront être isolés de la même manière; enfin, autant que possible, on travaillera la céruse avec le contact de l'eau. La plupart de ces moyens s'appliquent aux fabriques de minium. S'agit-il des peintres, il faut leur conseiller de ne jamais chauffer les pièces dans lesquelles ils travaillent, et de laisser le plus possible les fenêtres ouvertes.

2° *Renouveler l'atmosphère.* — Pour entraîner les particules saturnines répandues dans l'air, il faut que les ateliers soient vastes, bien aérés, que de nombreuses ouvertures soient ménagées pour établir facilement des courants d'air qui entraînent aussitôt la poussière et les vapeurs qui se dégagent. J'ai cité dans ma thèse des faits qui prouvent cette nécessité pour les fabriques de céruse. Dans les mines de plomb et les affineries, et même dans les fabriques de minium et de litharge, la ventilation sera plus particulièrement opérée à l'aide de fourneaux et de tuyaux d'aérage; on choisira surtout les cheminées d'appel de Darcet.

3° *Moyens pour s'opposer à la pénétration des molécules saturnines dans les poumons et dans l'estomac.* — Les moyens mécaniques propres à empêcher l'ouvrier de respirer la poussière saturnine consistent dans l'application de l'appareil Paulin, ou bien encore on met sur la bouche et les narines des éponges trempées dans de l'eau aiguisée avec l'acide sulfurique. Enfin, il est diverses règles hygiéniques que l'ouvrier devra observer; ainsi il ne préparera jamais ses aliments et ne prendra aucun de ses repas dans les ateliers; il ne travaillera pas à jeun; soir et matin, et avant chaque repas, il se lavera les mains, la figure, et se rincera la bouche; il portera une blouse qu'il quittera en sortant de l'atelier; il prendra un bain savonneux par semaine; il se nourrira bien et ne commettra aucun excès, il fera un peu d'exercice; enfin s'il maigrit et pâlit, il devra quitter ses travaux et chercher une autre occupation. Il ne faut avoir aucune confiance dans les moyens préservatifs employés par quelques médecins, tels que le tabac, conseillé par Henckel et Hoffmann, et la limonade sulfurique vantée par M. Gendrin. Nous avons prouvé (Thèse, p. 65) que les individus qui avaient bu cette tisane, loin d'être préservés de la colique, semblaient en être, au contraire, plus promptement atteints que ceux qui n'en avaient pas fait usage.

Mais, quelque bonnes que soient les précautions que nous conseillons de

prendre ; il sera bien difficile d'empêcher complétement la manifestation des maladies saturnines. Il faut donc chercher les moyens de diminuer le plus possible le nombre des ouvriers, et restreindre en même temps l'usage de certaines préparations de plomb en les remplaçant par d'autres. Ainsi on peut diminuer le nombre des bras en appliquant les machines à vapeur à la fabrication de la céruse, ce qui est en même temps un moyen économique. On a également essayé de remplacer, dans les peintures à l'huile, le carbonate de plomb par le carbonate et l'oxyde de zinc, ou par l'oxyde d'antimoine (fleurs argentines). Si cette substitution était opérée, la classe si nombreuse des peintres en bâtiment serait presque à l'abri des maladies saturnines. Qui s'oppose à ce changement ?... la routine. Il dépendrait cependant de l'autorité d'introduire l'amélioration dont je parle. Je suis, en effet, convaincu que si, dans les travaux de toutes nos grandes administrations publiques, on imposait pour condition aux entrepreneurs de remplacer le blanc de plomb par l'oxyde de zinc, cette pratique trouverait bientôt de nombreux imitateurs parmi les particuliers. Mais, quelles que soient les précautions qu'on prenne, comme on ne pourra jamais préserver complétement des atteintes pernicieuses du plomb les ouvriers qui fabriquent la céruse et le minium, nous voudrions que, par une grande mesure de salubrité publique, le pouvoir ne permît la fabrication de ces produits que dans l'intérieur des bagnes. Il est pénible de voir tous les jours des hommes jeunes et valides, comme des soldats récemment libérés et une foule d'individus de toutes professions qui, faute d'ouvrage, vont par besoin, et pour un modique salaire, travailler dans les manufactures de plomb, où beaucoup succombent, et où un plus grand nombre contractent des infirmités incurables qui les privent à jamais de pouvoir gagner leur vie. Si les arts ne peuvent se priver de la céruse et du minium, si la science est impuissante pour préserver l'humanité des émanations pernicieuses qui se dégagent dans la fabrication de ces produits, s'il doit y avoir des victimes, ne vaut-il pas mieux que ce soit parmi ces êtres dégradés que la justice a séquestrés de la société que parmi les individus les plus valides de la classe ouvrière ?

EMPOISONNEMENT PAR LE MERCURE ET SES PRÉPARATIONS.

A l'instar des préparations saturnines, les composés mercuriels peuvent produire deux espèces d'effets toxiques : les uns, à marche très aiguë, succèdent à l'introduction brusque dans l'économie d'une assez grande quantité de matière vénéneuse ; les autres, lentement développés, sont produits par les émanations métalliques ou par l'administration des préparations mercurielles à doses fractionnées : tels sont l'*hydrargyrie*, le *tremblement mercuriel*, la *cachexie mercurielle* et le *ptyalisme*.

EMPOISONNEMENT PAR LES COMPOSÉS MERCURIELS, ET NOTAMMENT PAR LE DEUTOCHLORURE.

Caractères anatomiques. — Le deutochlorure de mercure est un des poisons irritants les plus énergiques du règne inorganique. Les parties du tube digestif avec lesquelles il est mis en contact deviennent rouges, enflammées, ecchymosées, parfois elles sont superficiellement ulcérées; les poumons sont souvent enflammés; et le cœur est parsemé de taches noires ecchymotiques.

Symptômes. — Les symptômes produits par l'ingestion d'une forte dose de sublimé sont : une saveur âcre, styptique, un sentiment de constriction à la gorge, une douleur déchirante dans toutes les parties que le poison a touchées (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins); il y a des nausées, des vomissements muqueux, sanguinolents, une diarrhée abondante; les malades sont abattus; les battements du cœur sont lents, profonds, à peine sensibles; le pouls est petit, filiforme, la respiration ralentie, la peau froide; l'accablement est extrême; les malades ont des syncopes et parfois des convulsions. Chez la plupart, la peau devient insensible; la sécrétion urinaire est diminuée ou suspendue; il y a parfois des érections douloureuses dès le premier ou le deuxième jour; un ptyalisme abondant se déclare; enfin, la mort arrive du premier au quatrième jour. La plupart des malades conservent jusqu'au dernier moment l'intégrité de leur intelligence; d'autres succombent dans un état de coma. Le sublimé exerce donc une double action : la première est locale; la seconde est générale et consécutive à son absorption.

Traitement. — Appelé près d'un individu empoisonné par le sublimé, M. Orfila veut qu'on commence par lui donner plusieurs verres de blancs et de jaunes d'œufs délayés dans l'eau (12 à 15 dans 1 litre d'eau). A défaut, on gorge le malade d'une décoction de graine de lin, d'eau de riz ou même d'eau simple; l'albumine agit et comme vomitif et comme décomposant le sublimé. Dans ces derniers temps, M. Mialhe a proposé comme antidote le protosulfure de fer hydraté, corps inerte, mais ayant la propriété de décomposer instantanément le sublimé en donnant lieu à un chlorure de fer et à un bisulfure de mercure, substances tout à fait inoffensives. M. Bouchardat propose encore le fer réduit par l'hydrogène ou un mélange de deux parties de fer porphyrisé et d'une partie de zinc. Plus récemment encore, M. Poumet avait conseillé l'emploi du protochlorure d'étain donné à dose double de celle du poison; mais M. Orfila a prouvé dans un travail, lu en 1847 à l'Académie de médecine, que cet antidote n'avait aucune efficacité, et que son emploi pouvait même être dangereux.

Le nitrate de mercure, les bromure, iodure, protoxide, deutoxide de mercure, agissant comme le sublimé, on en combattra les effets par les mêmes moyens. Le cyanure de mercure diffère un peu des précédents en ce qu'il n'a qu'une action locale faiblement irritante, tandis que les

symptômes généraux précédemment décrits sont prédominants. Dans ce dernier empoisonnement, l'eau albumineuse est sans effet. On fera donc vomir le malade en titillant la luette; on le gorgera d'eau chaude; puis on combattra les accidents inflammatoires. On ne devra pas donner, dans l'empoisonnement par le cyanure, le protosulfure de fer hydraté ni le fer réduit par l'hydrogène, parce qu'il se produirait alors de l'acide cyanhydrique, plus vénéneux que le cyanure mercurique.

EFFETS TOXIQUES DES VAPEURS MERCURIELLES, DU MERCURE EXTRÊMEMENT DIVISÉ, ET DE SES PRINCIPALES PRÉPARATIONS A DOSES FRACTIONNÉES.

Les accidents qui résultent de l'absorption du mercure et de ses préparations, quand ces substances sont introduites dans l'économie, sont de quatre sortes; ce sont : la stomatite mercurielle, l'hydrargyrie, le tremblement et la cachexie mercurielle. Nous avons déjà traité précédemment de la stomatite, page 238; il nous reste à parler maintenant des trois autres affections.

DE L'HYDRARGYRIE.

L'hydrargyrie est une sorte d'eczéma se développant à la suite de l'usage interne ou externe du mercure, et qui est caractérisée par une éruption de vésicules sur des surfaces rouges ayant une étendue plus ou moins considérable. Cette affection, très rare en France, est plus commune en Angleterre, où elle a été décrite avec soin par Alley, qui en a admis trois variétés, désignées sous les noms d'hydrargyria *mitis*, *febrilis* et *maligna*.

Symptômes. — A la première vue, l'hydrargyria *mitis* ne paraît consister qu'en une légère efflorescence rosée; mais, en plaçant les parties entre l'œil et la lumière, et en y regardant de très près, ou mieux encore en s'aidant d'une loupe, on distingue une éruption de très petites vésicules transparentes, précédées par un sentiment de chaleur vive et de cuisson, et qui apparaissent principalement à la partie interne et supérieure des cuisses, au scrotum, aux aines, à la partie inférieure de l'abdomen, et même (mais fort rarement) sur toute la surface cutanée. L'efflorescence pâlit, puis disparaît; il y a tantôt desquamation de l'épiderme, tantôt on n'observe pas d'exfoliation. Si on continue l'usage du mercure, l'hydrargyrie est précédée de malaise et de frissons; il y a de la fièvre, et l'éruption s'accompagne de démangeaison de chaleur à la peau; la surface de celle-ci est rugueuse au toucher. L'hydrargyrie fébrile ressemble beaucoup, dans les deux premiers jours, à la rougeole. Les taches isolées se réunissent bientôt, et forment des plaques de configuration et de grandeur variées; les vésicules acquièrent jusqu'au volume d'une tête d'épingle; enfin la desquamation commence vers le quatrième jour; elle est précédée d'un mal de gorge à la suite duquel on voit se détacher l'épithélium du voile du palais et celui du pharynx. L'épiderme peut s'exfolier

ainsi plusieurs fois de suite lorsqu'on a persévéré dans l'emploi du mercure après le début de la maladie. C'est dans ce cas aussi qu'on voit apparaître des accidents plus graves, caractérisant la forme *maligne* de l'hydrargyrie. La chaleur de la peau devient alors considérable (42° cent.); la gorge et les amygdales sont très douloureuses; l'éruption a une couleur d'un rouge foncé ou pourpre; le visage est très tuméfié; les traits sont méconnaissables, et les paupières se gonflent au point de clore les yeux; les vésicules, plus nombreuses et surtout plus grosses, fournissent une humeur qui exhale une odeur fétide, désagréable, qu'on a comparée à une odeur forte de poisson. La desquamation n'a lieu que du huitième au dixième jour, c'est-à-dire plus tard que dans les deux formes précédentes; les plaques sont larges, et, de même que dans la scarlatine, l'épiderme des mains peut s'enlever presque en entier, comme une peau de gant; il se forme ensuite des incrustations épaisses qui se séparent en lamelles jaunes; une autre incrustation succède à un nouvel écoulement de sérosité, et chaque nouvelle desquamation découvre une surface de moins en moins rouge. Enfin l'exsudation cesse, et l'épiderme normal est reproduit; mais la peau peut rester longtemps rude et écailleuse; les ongles peuvent aussi se détacher. Dans cette forme, le pouls est fort et dur; l'anxiété est grande; il y a de l'oppression, de la dyspnée, une toux fatigante, des douleurs dans la poitrine et dans la gorge; il y a aussi beaucoup de faiblesse, un grand accablement, divers accidents nerveux. Quelques malades succombent; Alley, qui, en 1810, a publié en Angleterres des recherches sur l'hydrargyrie, a perdu, probablement par suite de complications, huit malades sur quarante-trois.

L'hydrargyrie ne pourrait être confondue qu'avec l'eczéma aigu; mais elle en diffère parce que l'éruption est plus générale, parce qu'elle s'accompagne de l'inflammation de la bouche et de la gorge, parce que la matière contenue dans les vésicules exhale une odeur fétide, et que la desquamation se fait du quatrième au huitième jour.

Cette maladie, qui n'entraîne, en général, aucun danger après elle, reconnaît toujours pour cause l'usage du mercure. Le traitement consiste à suspendre l'emploi du remède, à faire des lotions fraîches, à donner des bains tièdes, quelques purgatifs et des boissons acidules. L'opium est utile pour calmer les douleurs; les saignées et les toniques ne conviennent qu'exceptionnellement et en vue d'indications spéciales.

DU TREMBLEMENT MERCURIEL.

Les ouvriers qui travaillent le mercure sont fréquemment atteints d'un tremblement particulier des membres, dont la description a été tracée pour la première fois, il y a une trentaine d'années, par M. le docteur Mérat.

Symptômes, marche. — La maladie débute rarement d'une manière brusque; mais presque toujours elle survient progressivement : ainsi l'ouvrier s'aperçoit d'abord que ses bras sont moins sûrs, moins forts que de

coutume; ils vacillent, puis ils frémissent; enfin ils tremblent (Mérat). La même progression se remarque dans les membres inférieurs; le tremblement finit par être porté au point de rendre impossible tout travail manuel. Les malades atteints de cette affection ont presque tous un teint pâle; il sont languissants, ils ont les chairs molles; leur parole est quelquefois traînante, embarrassée, comme si les muscles de la langue participaient au désordre des muscles des membres. Ceux-ci sont agités involontairement par de petites secousses, comme on le voit chez beaucoup de vieillards, par suite des progrès de l'âge; la marche est chancelante, incertaine; quelquefois elle ne peut se faire que lorsque le malade prend appui sur un corps solide; les membres supérieurs sont très souvent plus affectés que les inférieurs, et la maladie commence toujours par eux. Ainsi, lorsque le tremblement est intense, les malades ne peuvent porter aucun liquide à leur bouche sans le renverser, et même aucun aliment solide à cause de la difficulté qu'ils ont à le diriger juste (Mérat) : aussi beaucoup de ces malheureux sont obligés de prendre leur nourriture avec la bouche, à la manière des quadrupèdes, s'ils ne peuvent avoir recours à quelqu'un pour les faire manger. Il est assez rare pourtant que la maladie soit portée à ce degré.

Le tremblement mercuriel offre beaucoup de variations d'un jour à l'autre. Sa marche est lente; il est rare qu'il dure moins de deux mois; chez beaucoup, la maladie ne fait que s'améliorer sans cesser. Elle récidive fréquemment si les individus s'exposent de nouveau aux mêmes influences. Il est sans exemple, je crois, que le tremblement mercurel ait jamais occasionné par lui même la mort des malades.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard qu'il est facile de distinguer le tremblement mercuriel de la chorée, qui est la seule affection avec laquelle on pourrait le confondre. En ayant égard à l'âge des sujets, à la profession qu'ils exercent, et à la manière dont la maladie a débuté, on parviendra à distinguer le tremblement métallique du tremblement sénile.

Pronostic. — Le tremblement mercuriel est grave en raison de son opiniâtreté et parce qu'il est souvent incurable.

Étiologie. — Il est excessivement rare de voir le tremblement survenir dans le cours d'un traitement mercuriel. La plupart des auteurs contestent même que cet accident ait jamais lieu dans les cas dont je parle. Cependant les faits rapportés par M. Colson démontrent de la manière la plus positive que le tremblement peut être produit lorsque le mercure est donné comme médicament. Celui-ci a surtout cet effet quand on l'administre sous forme de frictions. Presque toujours pourtant le tremblement ne se déclare que chez les individus qui par état sont soumis à l'action du métal très divisé, soit par la chaleur, soit par la trituration : aussi observe-t-on surtout la maladie chez les doreurs, les argenteurs, les metteurs au tain, les miroitiers, les constructeurs de baromètres, etc. La maladie paraît être plus commune en hiver qu'en été, parce que, dans les temps froids, les ouvriers sont renfermés dans des ateliers très chauds, les portes et fenêtres closes, et sans courant d'air qui entraîne les vapeurs métalliques. Les

émotions morales, les chagrins, les excès paraissent rendre les individus plus aptes à ressentir les effets du mercure.

Traitement. — Le tremblement mercuriel peut guérir spontanément par le simple éloignement de la cause; mais cela est rare. Le seul traitement dont l'expérience ait démontré l'utilité consiste dans l'emploi des sudorifiques, tels que la poudre de Dower, les décoctions de squine, de salsepareille et de gaïac édulcorées avec le sirop de Cuisinier, et auxquelles on ajoute encore 16 à 30 grammes d'acétate d'ammoniaque par pot. Les bains chauds, surtout les bains de vapeur, ont également une grande efficacité. Ce traitement doit être suivi avec persévérance. On ignore comment les sudorifiques agissent pour guérir la maladie; quelques personnes pensent qu'ils sont utiles en provoquant l'élimination du mercure par la peau : mais rien ne prouve encore que tel soit, en effet, leur mode d'action. On peut prévenir, ou du moins rendre moins fréquents les résultats fâcheux des vapeurs mercurielles en plaçant les ouvriers dans des ateliers vastes, bien aérés, où sont disposés à propos des fourneaux d'appel.

DE LA CACHEXIE MERCURIELLE.

Les individus qui, par état ou en vue d'indications thérapeutiques, sont soumis pendant quelque temps à l'action des mercuriaux, peuvent tomber dans un état particulier de cachexie qui a fixé depuis longtemps l'attention des médecins, et sur lequel MM. Trousseau et Pidoux ont publié quelques remarques importantes. Ainsi les personnes dont je parle commencent par pâlir, leurs chairs sont flasques, toutes les fonctions languissent, la face est bouffie, les gencives se gonflent, se ramollissent, saignent, se détruisent; les dents, ébranlées, tombent sans être cariées ou après s'être gâtées; les os maxillaires se carient ou se nécrosent quelquefois; le sang tiré des veines est mou, diffluent, moins riche en fibrine, ce qui explique la tendance qu'il y a aux hémorrhagies passives. Celles-ci se font surtout par la bouche, dans l'épaisseur de la peau ou à la surface des solutions de continuité. Dans cet état, les jambes s'infiltrent; il y a des palpitations, de l'anhélation et des syncopes; l'appétit se perd, les digestions sont pénibles, et la diarrhée, qui se déclare bientôt, vient encore ajouter à la faiblesse des malades, qui présentent en outre souvent un appareil fébrile s'accompagnant d'une grande dépression du pouls. Souvent aussi on constate des troubles variés du côté des centres nerveux : ainsi, indépendamment du tremblement dont nous avons déjà parlé, on remarque de l'hébétude, de la torpeur intellectuelle; quelques uns ont un délire maniaque avec des hallucinations; enfin, plus rarement, on voit se déclarer des accès convulsifs.

La cachexie mercurielle survient ordinairement en très peu de jours lorsqu'elle est produite par un traitement hydrargyrique actif. Elle arrive, au contraire, lentement quand elle se déclare dans les conditions que nous avons vues précédemment déterminer le tremblement métallique. La cachexie mercurielle peut quelquefois entraîner la mort; c'est en général

une affection très rebelle. Il est inutile de dire que le mercure n'exerce une action aussi profonde sur les solides et les liquides que parce qu'il est absorbé. On l'a retrouvé, en effet, fréquemment à l'état libre dans la trame de nos tissus. Des faits de ce genre ont été vus, notamment par MM. Colson, Velpeau et Gérardin.

Il faut combattre la cachexie mercurielle par un traitement analeptique, corroborant. On administrera le fer préférablement aux préparations d'or, que Dietrich a préconisées en pareil cas. Le délire aigu sera traité par l'opium, comme nous le dirons en parlant du *delirium tremens*.

DES ACCIDENTS PRODUITS PAR LE VERRE ET L'ÉMAIL EN POUDRE.

Quelques personnes ont exagéré les dangers de l'ingestion du verre; d'autres les ont révoqués en doute : cependant il est incontestable que le verre réduit en petits fragments peut blesser les parois du tube digestif. Cette substance n'agit point par des propriétés toxiques, mais seulement d'une manière mécanique : voilà pourquoi nous n'en parlerons ici que sous le point de vue du traitement.

Lorsqu'on est appelé près d'un individu qui vient d'avaler du verre, il faut se hâter d'expulser celui-ci par les vomissements. Cependant, comme il serait à craindre que dans les contractions convulsives de l'estomac des fragments de verre s'insinuassent dans les parois du viscère, il faudra préalablement faire avaler au malade une grande quantité de substances capables d'emprisonner les corps étrangers, et de rendre par là leur passage à travers l'œsophage ou l'intestin moins dangereux. C'est dans ce but qu'à l'exemple de Portal, on fera prendre une grande quantité de mie de pain, de haricots, de pommes de terre ou de choux.

DES POISONS IRRITANTS VÉGÉTAUX.

Les poisons irritants végétaux, parmi lesquels nous citerons surtout le *jalap*, la *bryone*, la *gomme-gutte*, le *garou*, les *euphorbes*, la *chélidoine*, la *rue*, la *créosote*, déterminent des coliques, des vomissements et de la diarrhée, c'est-à-dire la plupart des symptômes que produisent les substances minérales corrosives.

Dans cet empoisonnement, il faut ingérer une grande quantité de boisson émolliente, albumineuse, favoriser et même provoquer le vomissement, lorsqu'on est appelé peu après l'ingestion du poison. Mais bientôt les symptômes d'inflammation qui se développent exigent l'emploi des antiphlogistiques.

DES POISONS IRRITANTS TIRÉS DU RÈGNE ANIMAL.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES CANTHARIDES.

Les cantharides avalées entières ou en poudre peuvent, dit-on, même à la dose de 40 à 50 centigrammes, déterminer des accidents plus ou moins graves d'empoisonnement.

Altérations cadavériques. — Lorsque le poison a été ingéré dans les organes digestifs, on trouve ceux-ci enflammés et ecchymosés; quelquefois un liquide sanguinolent y est épanché; dans les mucosités et les matières intestinales existent des paillettes d'un vert ou d'un jaune doré, ayant un reflet brillant, et qui ne sont autre chose que la poudre de cantharides. Il résulte des recherches de M. le docteur Poumet, insérées dans sa thèse (1842), qu'on peut encore, vingt-six jours après l'ingestion des cantharides, reconnaître celles-ci à la face interne de l'estomac et de l'intestin, avec lesquels elle semble combinée, pourvu qu'on ait la précaution d'insuffler et de faire dessécher ces organes. Quelle que soit d'ailleurs la voie par laquelle le poison a été introduit, on trouve le plus souvent de la rougeur et même une véritable inflammation, avec fausses membranes, de quelques uns des organes génito-urinaires; on a même vu quelquefois le pénis gangrené. (Voir *Cystite.*)

Symptômes. — Ceux qui avalent des cantharides éprouvent une saveur âcre, une soif intense, des douleurs vives à l'épigastre d'abord, puis dans tout le ventre, accompagnées de vomissements et de déjections souvent sanguinolentes. Beaucoup de malades accusent un sentiment de chaleur, d'ardeur vers la vessie et le long de l'urètre; il y a de la strangurie; l'urine, rendue presque goutte à goutte, est souvent sanguinolente et mêlée à des pseudo-membranes plus ou moins volumineuses; dans quelques cas enfin, mais non pas toujours, comme beaucoup de personnes le croient, il y a priapisme et excitation vive des organes génitaux. Chez la plupart de ces individus, le pouls est accéléré et la chaleur brûlante. Les uns sont surexcités, ils délirent ou éprouvent des mouvements convulsifs, tétaniques; d'autres, au contraire, sont comme engourdis, ils ont des lipothymies, des syncopes et tombent dans un état comateux.

Traitement. — Appelé peu après l'ingestion du poison, on doit se hâter d'en déterminer l'expulsion par la titillation de la luette ou par l'administration d'une boisson abondante et nauséeuse; on combattra ensuite les accidents inflammatoires par les saignées générales et locales, par les boissons douces, par les fomentations et les bains émollients. Il est quelques accidents qui réclament des moyens spéciaux : ainsi quelques faits démontrent que le camphre seul, ou uni à l'opium et donné en pilules, en frictions sur le périnée ou l'hypogastre, ou en lavement, est utile pour modérer les symptômes d'excitation qui surviennent du côté des organes génito-urinaires. Dans les cas de collapsus, il faudra ranimer le sujet par l'administration des cordiaux et des excitants diffusibles (vin, éther, am-

moniaque) ; mais nous croyons qu'il serait dangereux de regarder, avec Giacomini et l'école contre-stimuliste, ces agents comme devant constituer la base du traitement, car la raison et l'expérience prouvent qu'ils ne sont utiles que dans le cas spécial que je viens d'indiquer.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES MOULES ET AUTRES COQUILLAGES.

Les moules occasionnent souvent des accidents ; ceux-ci dépendent, en général, moins de la qualité du coquillage que de l'idiosyncrasie des sujets. On n'observe d'ailleurs dans ces cas que les symptômes ordinaires d'une indigestion, et souvent un prurit à la peau avec ou sans plaques d'urticaire. Ces symptômes ne commencent guère que trois ou quatre heures après le repas. Dans quelques cas, pourtant, l'ingestion des moules détermine de véritables symptômes d'empoisonnement. Ainsi, indépendamment du malaise, de l'épigastralgie, de l'étouffement, des évacuations par haut et par bas, et de la soif, on voit des malades s'affaisser, leurs extrémités sont froides ; ils ont des lipothymies, des syncopes ; le pouls est petit, fréquent ; toutefois ces accidents sont rarement assez graves pour entraîner la mort. On ignore encore quelle est la modification que le coquillage a subie dans ces cas. Les uns croient à une altération putride de l'animal (Burrows), d'autres admettent que celui-ci s'est nourri d'une matière nuisible nommée *crasse* (Lamouroux), ou de petites étoiles de mer (Breumié, Du Rondeau), ou qu'il renferme des particules cuivreuses parce qu'il aurait été recueilli sur la carcasse de quelque vieux navire doublé en cuivre (Bouchardat).

Traitement. — La première indication consiste à exciter les vomissements par l'administration d'un émétique. Si les matières ont pénétré dans l'intestin, on en favorisera l'expulsion par des lavements et même par quelques laxatifs doux, comme l'huile de ricin. On donnera à l'intérieur une boisson légèrement acidulée, et on combattra les accidents nerveux par l'éther, l'eau-de-vie, le rhum ; on emploiera ensuite les moyens propres à modérer l'inflammation consécutive.

Deuxième genre d'empoisonnements.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES NARCOTIQUES ET SPÉCIALEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM.

Lorsque les médicaments connus sous le nom de *narcotiques* sont administrés à trop haute dose, ils déterminent de la pesanteur de tête, des vertiges, un sentiment d'engourdissement, un délire plus ou moins marqué, des nausées et des vomissements, et à une période plus avancée, un état comateux, apoplectique, qui précède la mort. C'est à l'ensemble de ces phénomènes qu'on donne le nom de *narcotisme*. Les substances qui produisent le plus souvent cet état sont : l'*opium* et ses diverses prépara-

tions, la *morelle*, la *laitue vireuse*, la *jusquiame*, ainsi que la *belladone*. Elles ont toutes des effets analogues : aussi ce que nous dirons bientôt de l'opium pourra s'appliquer à toutes les autres. D'après ce qui précède, on voit que les poisons narcotiques agissent sur les centres nerveux consécutivement à leur absorption : ils n'exercent aucune action manifestement irritante sur les surfaces avec lesquelles on les met en contact. Ceci s'applique même à la belladone et aux alcooliques, qu'on a eu tort par conséquent de classer parmi les substances narcotico-âcres.

La quantité d'opium nécessaire pour produire le narcotisme varie suivant l'état de santé ou de maladie, suivant l'âge des sujets et leur idiosyncrasie. Ainsi nous avons vu le narcotisme survenir chez une dame après l'ingestion de 3 centigrammes d'opium; 20 centigrammes ont quelquefois suffi pour tuer des sujets adultes, et une ou deux gouttes de laudanum peuvent être mortelles pour un enfant nouveau-né. Le poison est surtout absorbé rapidement quand on l'injecte dans le rectum, ou lorsqu'on le place sur la peau dénudée. Il est douteux que le narcotisme puisse être produit lorsque la peau est encore protégée par l'épiderme.

Altérations cadavériques. — Chez les sujets empoisonnés par l'opium, on trouve les poumons peu crépitants et gorgés d'un sang noir; les vaisseaux cérébraux sont distendus par ce liquide; la substance cérébrale est fortement injectée; la pie-mère est infiltrée de sérosité; le sang contenu dans le cœur et les gros vaisseaux est généralement noir et fluide; il n'est pas rare pourtant qu'il soit réuni en caillots; mais ceux-ci sont peu résistants.

Symptômes. — A doses modérées, mais néanmoins encore toxiques, l'opium produit des symptômes d'ivresse, tels que pesanteur de tête, vertiges, délire, exaltation des sens et même des organes génitaux; la chaleur des téguments augmente plus ou moins, le pouls acquiert de la force et de la fréquence. La peau est, en outre, le siége d'un prurit insupportable sans qu'on y remarque aucune lésion appréciable; d'autres fois elle présente à sa surface diverses éruptions, telles que prurigo, urticaire et eczéma. A cette excitation succède bientôt un état de torpeur et de sommeil qui peut persister pendant six ou douze heures, après lesquels les individus restent encore pendant quelque temps fatigués, engourdis, ayant de la pesanteur de tête et une soif vive.

A plus haute dose, le poison excite des vomissements ou tout au moins des nausées; la bouche est sèche; il y a de la soif et de la constipation; la sécrétion urinaire est diminuée ou même suspendue. Les malades tombent dans un profond assoupissement; leurs yeux sont immobiles et injectés; la pupille est souvent contractile et même resserrée; chez d'autres elle est large et immobile; les membres sont dans la résolution; la respiration est libre, souvent pénible stertoreuse, entrecoupée; la face est pâle ou violacée; le pouls large, dur, lent, ou bien petit et fréquent; la peau, souvent froide, marbrée, est couverte de sueurs. Quelques malades éprouvent de temps en temps de la roideur et des convulsions; la mort survient, en général, dans le coma ou avec des symptômes d'asphyxie. Lorsque les in-

dividus reviennent à la santé, ils commencent par être sensibles aux excitants extérieurs, et peu à peu il recouvrent connaissance : c'est ordinairement à cette époque qu'ils ressentent un prurit extrêmement pénible, avec ou sans sueur. La plupart de ceux qui succombent meurent, d'après Christison, de sept à douze heures après l'ingestion du poison ; presque tous ceux qui dépassent la quinzième heure guérissent.

Dans l'empoisonnement par la morphine et ses sels, on observe à peu près les mêmes accidents que dans l'empoisonnement par l'opium : cependant il est quelques phénomènes qu'on rencontre plus spécialement dans le premier cas ; ce sont : les nausées, la sécheresse de la bouche, les vomissements, qui sont bilieux, le prurit, qui est toujours intense, les sueurs abondantes, le resserrement des pupilles, qui aurait lieu dix-huit ou dix-neuf fois sur vingt, la diminution ou la suspension de la sécrétion urinaire, surtout chez l'homme.

La belladone produit tous les accidents des narcotiques ; mais l'empoisonnement par cette plante est surtout remarquable par la dilatation constante de la pupille et par divers troubles nerveux, qui, sans être nécessaires, se remarquent du moins dans quelques cas : tels sont l'aphonie, les mouvements spasmodiques, un délire apyrétique, ordinairement gai, extravagant, parfois furieux, sans signes de congestion cérébrale, s'accompagnant souvent d'illusions ou d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe ; ces phénomènes sont suivis d'assoupissement, et quelquefois ils alternent avec ce dernier. L'empoisonnement par les baies de belladone est très rarement mortel ; mais beaucoup de malades conservent pendant plusieurs semaines des vertiges, des tremblements et des troubles de la vision.

Traitement. — Il faut se hâter d'expulser le poison en administrant 15 à 25 centigr. d'émétique ; d'autres préfèrent le sulfate de zinc (40 centigr.) ou de cuivre (60 centigr.) : si le poison a été introduit dans le rectum, on donne un lavement purgatif. On a attribué à plusieurs corps la propriété d'être antidotes de l'opium ; les principaux sont : le tannin, la noix de galle, la teinture d'iode, la solution de brome, le chlore, le camphre, substances dont l'utilité est très douteuse, d'après M. Devergie. Cependant depuis que M. Orfila a prouvé qu'une décoction aqueuse de noix de galle, versée dans une solution d'opium, forme un précipité moins vénéneux que l'opium lui-même, on a proposé de neutraliser l'agent toxique en donnant la solution dont je parle, mais elle doit être très concentrée. M. Orfila insiste pour qu'avant tout on procède sans retard à l'extraction des liquides contenus dans l'estomac, à l'aide de la seringue imaginée pour cet usage. Si on n'a pas cet instrument et qu'on soit obligé de débarrasser l'estomac avec les émétiques, on évitera avec grand soin de dissoudre ces remèdes dans une grande quantité d'eau ; on ne devra non plus, sous aucun prétexte, introduire dans l'estomac beaucoup de liquides mucilagineux ou même seulement aqueux ; car en dissolvant le poison, on en rendrait infailliblement l'absorption plus facile. Ce que je dis s'applique aux acides végétaux (vinaigre, citron, acide tartrique) qu'on a beaucoup préconisés comme étant les antidotes de l'opium : mais M. Orfila a prouvé

que cette opinion était erronée. Il a, en effet, fait voir expérimentalement que les acides ne conviennent dans cet empoisonnement qu'après que le poison a été évacué ; si on les donnait pendant que celui-ci est encore contenu dans l'estomac, on augmenterait les accidents, attendu que ces substances ont la propriété de dissoudre les parties actives de l'opium.

Le café en infusion et le camphre ne sont pas non plus des contre-poisons ; mais ils sont utiles, le premier surtout, pour combattre l'état de collapsus. On peut, contrairement à ce qu'on fait pour les acides, les donner dès le début. Le camphre sera prescrit en lavement. Indépendamment de ces moyens, il devient souvent nécessaire de tirer du sang au malade par une saignée du bras, de la jugulaire, ou par des sangsues au cou, lorque la congestion cérébrale est trop forte et que le sujet est pléthorique. Enfin, dans le narcotisme avec asphyxie, les frictions rudes à la peau, et surtout la respiration artificielle, ont rappelé à la vie plusieurs malades dont l'état était désespéré.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE OU HYDROCYANIQUE.

L'acide cyanhydrique est le poison qui agit le plus promptement et à plus faible dose : c'est de tous les poisons connus le plus actif ; il tue parfois instantanément. Une seule goutte peut faire périr un chien après deux ou trois inspirations.

Altérations cadavériques. — La fluidité du sang, la congestion des principaux viscères, notamment celle des poumons et des sinus de la dure-mère, la rougeur de l'arbre aérien, sont les lésions les plus constantes ; en outre, les cadavres exhalent souvent une odeur d'amandes amères.

Symptômes. — Lorsque la mort n'est pas instantanée, le malade éprouve des vertiges, des bâillements, de la dyspnée ; il tombe privé de connaissance, et le plus souvent de sentiment et de mouvement. La pupille est fixe, dilatée ; la respiration bruyante, difficile ; une écume sanguinolente sort de la bouche ; le pouls est petit, fréquent, la peau froide ; les mâchoires sont serrées ; il y a parfois des mouvements convulsifs violents. La mort arrive au bout de quelques secondes ou après quelques heures dans un coma profond. Si le malade guérit, il recouvre peu à peu la raison ; revenu à lui, il conserve encore pendant six à huit heures des vertiges et une anxiété précordiale des plus pénibles. Il suit de ce qui précède que l'acide cyanhydrique exerce rapidement une action stupéfiante sur les centres nerveux.

Traitement. — Des expériences nombreuses ont prouvé que le chlore était l'antidote de l'acide cyanhydrique. On mêle 1 partie de chlore liquide concentré à 4 parties d'eau ; on met une éponge imbibée de ce liquide sous le nez, sur la bouche ou sur les tempes et les joues. A défaut de chlore, on emploie l'ammoniaque, ou plutôt une eau *légèrement* ammoniacale, comme le veut M. Orfila (1 partie d'ammoniaque et 12 d'eau), qu'on fait inspirer, ou bien on frictionne avec ce liquide la surface du corps, et surtout les tempes. L'ammoniaque n'agit ici en vertu d'aucune propriété

chimique, mais seulement comme stimulant du système nerveux. Le docteur Herbst et plus tard M. Orfila ont démontré l'utilité des affusions froides dans les cas dont nous parlons : ce moyen est peut-être même le plus efficace de tous ceux qu'on a proposés. On fera ces affusions en versant sur la tête et sur le rachis de l'eau le plus froide possible ; puis on placera sur la tête une vessie contenant de la glace. Les sangsues ne conviennent qu'exceptionnellement et pour combattre la congestion. Inutile de dire que si le poison existait encore dans l'estomac au moment où l'on est appelé, on devrait administrer aussitôt un émétique énergique.

L'eau de laurier-cerise, prise en grande quantité ; le cyanure de potassium, à la dose de quelques centigrammes seulement, et les amandes amères, agissent exactement comme l'acide cyanhydrique. Il faut, par conséquent, combattre l'empoisonnement que ces substances déterminent par les moyens que nous avons indiqués plus haut.

EFFETS TOXIQUES DES BOISSONS ALCOOLIQUES.

L'alcool et les boissons fermentées doivent être rangés plutôt dans la classe des narcotiques que dans celles des narcotico-âcres, comme on le fait assez généralement. L'intoxication alcoolique détermine trois ordres d'accidents, qui sont : l'*ivresse*, le *delirium tremens* et la *combustion spontanée*.

DE L'IVRESSE.

L'ingestion des liqueurs fermentées produit d'abord une activité insolite de la circulation ; la température du corps s'élève, la perspiration cutanée et la sécrétion urinaire sont activées ; les facultés intellectuelles s'exercent avec plus d'énergie, et l'individu éprouve un état de bien-être. A un degré plus avancé, l'exaltation cérébrale est telle, que la raison et la volonté ont déjà perdu de leurs droits : c'est l'ivresse qui commence, et dont le caractère varie suivant les individus. Ainsi les uns ont une loquacité extraordinaire, une joie bruyante, extravagante ; d'autres sont méchants, querelleurs, leur fureur peut être portée jusqu'à la manie, tandis qu'un certain nombre éprouvent, au contraire, de la tristesse et de la mélancolie. Mais, au milieu même de cette exaltation, la contractilité musculaire est déjà diminuée, pervertie ; c'est ce qui rend les mouvements incertains et la marche chancelante. Beaucoup ont des nausées et des vomissements ; bientôt il y a de l'accablement, et les individus obéissent à un sommeil irrésistible. Si la quantité d'alcooliques ingérée est considérable, on observe un véritable état comateux : la face est rouge, violacée ; les yeux sont saillants, et les membres dans une résolution complète ; le pouls est large, dur et lent, ou bien petit et fréquent ; la personne exhale une odeur alcoolique par la bouche, et souvent aussi par toute la surface du corps. Après être restés assoupis pendant six, huit, douze ou quinze heures au plus, ces in-

dividus se réveillent; leurs idées sont plus ou moins confuses; ils sont lourds, fatigués; ils ont soif; leur bouche est pâteuse, et ils sont privés d'appétit. Il n'est pas très rare de voir des malades succomber au milieu de leur ivresse.

L'ouverture des cadavres a démontré que les uns mouraient par suite d'un épanchement sanguin dans la substance du cerveau ou dans les méninges ; chez d'autres, on trouve tous les caractères anatomiques des asphyxies; enfin, chez la plupart, il n'y a qu'une simple congestion du cerveau. Cet organe exhale aussi une forte odeur d'alcool, ce qui prouve que cette substance absorbée va agir directement sur l'encéphale. L'odeur alcoolique se retrouve encore dans plusieurs autres tissus ; le sang, tantôt fluide, souvent coagulé, en est quelquefois imprégné.

Lorsque l'ivresse se répète souvent, la face devient couperosée, les facultés intellectuelles déclinent; les malades sont pris de tremblement; ils maigrissent; les facultés digestives s'altèrent, un grand nombre tombent en démence. L'ivresse est une des causes les plus fréquentes du suicide, c'est ce que prouvent les recherches de Schlegel, Roesch et Carper. Ce dernier rapporte en effet que le quart des habitants de Berlin qui, de 1812 à 1821, ont attenté à leurs jours étaient des gens adonnés à l'ivrognerie.

Le diagnostic de l'ivresse est presque toujours facile : les commémoratifs et l'odeur alcoolique exhalée par le malade la caractérisent suffisamment. Si une apoplexie véritable survient au milieu de l'ivresse, on verra alors tous les symptômes d'un épanchement intra-crânien se développer à une époque où les effets du vin devraient avoir cessé.

Traitement. — Le plus souvent les personnes ivres n'ont besoin que de repos. On devra seulement favoriser ou même provoquer le vomissement; car l'expulsion des alcooliques renfermés dans l'estomac, et qui n'ont pas encore eu le temps d'agir, abrège beaucoup la durée de l'ivresse. On a dit qu'on pouvait aussi dissiper assez promptement cet état en donnant 6 à 8 gouttes d'ammoniaque dans un verre d'eau sucrée; mais beaucoup de médecins n'ont obtenu aucun effet utile, même en triplant cette dose ; d'autres conseillent l'eau vinaigrée, l'eau salée et surtout le café, qui, je crois, est l'agent le plus efficace, surtout quand l'ivresse ne fait que commencer. Enfin, dans les cas où il existerait une trop forte congestion cérébrale, il ne faudrait pas hésiter à appliquer quelques sangsues derrière les oreilles, et même on devrait alors ouvrir préférablement une veine du bras.

DU DELIRIUM TREMENS.

SYNONYMIE. — Dipsomanie, délire crapuleux, folie des ivrognes; *mania a potu*, etc.

On nomme *delirium tremens* une variété de délire provoquée par l'abus des liqueurs spiritueuses ou fermentées, et qui, indépendamment du désordre des fonctions intellectuelles, est encore caractérisée par le tremblement des membres et des lèvres, par l'embarras de la parole et par une insomnie opiniâtre.

Historique. — Les caractères du delirium tremens n'ont été reconnus

qu'au commencement de ce siècle. Sutton en fut le premier historien (1); depuis lors la maladie a été l'objet de recherches suivies tant en Angleterre qu'aux États-Unis. Nous citerons surtout les travaux de Blake d'Édimbourg (2), et de J. Ware de Boston (3). L'Allemagne a produit aussi quelques travaux importants, tels que ceux de Barkhausen (4), de Dreyfuss (5), de Kopp (6); enfin, en France, le delirium tremens a été particulièrement étudié par MM. Rayer (7), Léveillé (8) et Calmeil (9).

Ouvertures cadavériques. — L'ouverture des cadavres n'a fourni jusqu'à présent que des résultats négatifs; du moins les lésions diverses qu'on a trouvées quelquefois n'expliquent pas le délire ou elles en sont indépendantes.

Symptômes, marche, durée, terminaisons. — Le delirium tremens se déclare quelquefois brusquement à la suite d'une orgie chez des sujets qui n'en font point habituellement; ou bien il naît peu à peu chez des ivrognes de profession, mais sans être provoqué par un nouvel excès; ou bien encore il survient comme complication au cinquième ou sixième jour d'une maladie aiguë et après que les individus ont cessé tout à fait l'usage des boissons alcooliques. Lorsque la maladie débute lentement, les malades sont d'abord tristes et inquiets, ils ont le regard comme égaré, leurs membres commencent à être agités d'un tremblement nerveux. Bientôt le délire se déclare; celui-ci varie beaucoup suivant les individus. Chez quelques uns il est calme; mais la plupart des malades sont emportés et furieux; ils vocifèrent, injurient les personnes, se portent, quand ils sont libres, à toutes sortes de violences; ils sont tourmentés par des hallucinations, surtout de la vue et de l'ouïe, et c'est probablement à cause d'elles que beaucoup de ces malheureux se suicident. Chez presque tous on observe dès le début un tremblement des lèvres et des membres supérieurs et inférieurs; leur démarche est incertaine, la voix est saccadée; les malades sont privés de sommeil, et si parfois ils s'assoupissent, ils sont tourmentés par des rêves bizarres et par des visions. Les symptômes généraux et sympathiques sont très variables; en général, le pouls est lent, excepté pourtant dans le cas où l'agitation est grande; il y a souvent de la soif, de l'inappétence, de la constipation et des vomituritions bilieuses; la langue, sèche et rouge comme du carmin, ne se remarque guère que chez les individus adonnés depuis longtemps à l'ivrognerie; enfin la figure, tantôt pâle, tantôt injectée, porte l'empreinte de la souffrance et de la fatigue lorsque l'insomnie se prolonge pendant quelques jours. Cependant, au bout de quelque temps, les malades finissent par s'assoupir et dorment paisiblement; souvent le sommeil se prolonge pendant douze, quinze et même

(1) *Traites on delirium tremens*, London, 1813. (2) *A practical essay on delirium tremens*, London, 1830. (3) *Remarks on the history of delirium tremens*, Boston, 1831. (4) *Beobachtungen über den Sauferwahnsinn oder day delirium tremens*, Brême, 1828. (5) *Ueber den Sauferwahnsinn*, Wurtsbourg, 1831. (6) *Ueber day delirium tremens, in seiner* BEOBACHTUNGEN, *im* GEBIETE *der Ausübenden Heilkund*, Francfort, 1821. (7) *Mémoires sur le delirium tremens*, Paris, 1819. (8) *Mémoires de l'Acad. de médecine*, t. I. (9) *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, t. X.

vingt-quatre heures, et à leur réveil la plupart sont guéris, ou du moins ils ne conservent plus qu'un peu de confusion et de vague dans les idées, de la pesanteur de tête et une certaine hésitation dans les mouvements. Ware estime que la durée moyenne d'un accès varie de soixante à soixante-douze heures. La mort est une terminaison fort rare, d'après Ware et Calmeil; ce dernier auteur croit qu'il meurt à peine un malade sur vingt. Nous croyons, au contraire, la proportion des morts beaucoup plus forte; c'est ce que prouvent d'ailleurs les relevés publiés, en 1842, à Bruxelles par le docteur Bougard; en effet, sur 447 cas de delirium tremens observés à Copenhague, Paris et Bruxelles, on trouve 85 morts, ce qui donne presque un cinquième de mortalité. Ceux qui succombent sont emportés, les uns par quelque complication cérébrale se traduisant surtout par des mouvements convulsifs, les autres meurent d'une autre maladie incidente étrangère au cerveau; quelques uns enfin succombent par accident; ainsi nous avons déjà dit que beaucoup de ces malheureux, poursuivis par leurs hallucinations, se suicidaient. Après plusieurs rechutes, beaucoup de dipsomanes deviennent aliénés; ils tombent alors rapidement en démence, et finissent par succomber avec une paralysie générale.

Diagnostic. — Quatre maladies pourraient simuler le delirium tremens; ce sont : la forme délirante de l'encéphalopathie saturnine, le délire nerveux, la paralysie commençante des aliénés, et l'empoisonnement par l'opium et la belladone. Nous avons dit précédemment en quoi le délire saturnin différait du délire crapuleux. Le délire nerveux qui se déclare chez les opérés se distingue du précédent en ce qu'il ne s'accompagne ni du même tremblement des lèvres et des membres, ni de la même incertitude de la parole. Il serait plus aisé de confondre le delirium tremens avec la paralysie générale commençante; car on observe dans les deux cas l'embarras de la parole, le tremblement des membres et des lèvres, et souvent l'insomnie. Ici on ne peut être fixé sur la nature de la maladie que par l'étude des commémoratifs et par la marche ultérieure de l'affection. La paralysie est, en effet, longtemps précédée de désordres dans les facultés intellectuelles, et suit une marche chronique; le delirium tremens, au contraire, débute plus ou moins brusquement à la suite d'un excès de boisson ou chez un individu qui en commet fréquemment; il n'a enfin qu'une durée assez courte. L'ivresse occasionnée par l'opium, par le datura stramonium, par la belladone, par la mandragore, pourrait aussi simuler un accès de delirium tremens; mais ici l'excitation est tout à fait éphémère et ne tarde pas à être remplacée par un état apoplectique qui juge la maladie. Il est à peine inutile d'indiquer qu'il est impossible, avec un peu d'attention, de confondre le delirium tremens avec la manie ou avec le délire qui est sympathique d'une maladie aiguë.

Pronostic. — Le delirium tremens n'est grave que s'il se répète souvent, car il finit alors par conduire à la démence. Le pronostic est également fâcheux lorsque l'agitation est extrême, lorsque les traits s'altèrent; il en sera de même si le pouls dépasse 100 pulsations. Enfin les mouvements convulsifs, se liant presque toujours à une phlegmasie intercurrente du cer-

veau et des méninges, ne laissent presque plus d'espoir de voir les malades se rétablir.

Étiologie. — Le delirium tremens est surtout commun en Angleterre, aux États-Unis, en Pologne et en Russie, où les habitudes d'ivrognerie sont plus répandues qu'en France. Il règne surtout en été ; il est plus commun dans les villes, et n'affecte que très rarement les femmes, excepté à l'âge critique ; les hommes en sont surtout atteints de trente à cinquante ans. La maladie se rencontre surtout chez les buveurs d'eau-de-vie, de genièvre et de rhum. Le vin seul, et surtout la bière, la produisent rarement. Il est rare qu'elle se déclare après une seule orgie ; mais le plus souvent elle atteint les individus qui abusent depuis longtemps des liqueurs alcooliques ou des boissons fermentées. Dans ces cas, on voit bientôt le délire se développer sans cause excitante, c'est-à-dire sans que ces personnes aient bu plus immodérément que d'habitude ; d'autres fois la maladie se déclare à la suite d'une libation plus copieuse. Il est des ivrognes qui sont pris de temps en temps d'une véritable monomanie ébriense (*dipsomanie*) ; ils boivent alors avec une sorte de fureur la nuit et le jour, et ne tardent pas, dans ces cas, à présenter les symptômes du delirium tremens. Enfin fréquemment la maladie atteint des individus qui, en raison d'une maladie aiguë ou chronique, dont ils sont affectés, cessent brusquement l'usage des alcooliques : ainsi j'ai démontré ailleurs que le *delirium tremens* était une complication assez fréquente de la pneumonie qui attaque les ivrognes (1). Nous croyons que le délire crapuleux qui survient en pareille circonstance est bien moins excité par la maladie aiguë que par l'interruption des alcooliques, car nous avons prouvé que le meilleur moyen de prévenir le délire consistait à respecter l'habitude des malades et à leur permettre l'usage d'une certaine quantité de vin. On ne sait rien de précis sur l'influence qu'exercent les tempéraments, les constitutions et les saisons, sur la production du délire crapuleux.

Traitement. — Si l'accès débute après une orgie, il faut faire vomir l'individu pour empêcher l'absorption des liquides encore contenus dans l'estomac. Quelque grande que soit la violence du délire, elle ne saurait jamais autoriser la saignée, dont quelques médecins italiens font un déplorable usage. Les antiphlogistiques ne conviennent, en effet, que lorsque le pouls est large, dur, et qu'il existe des signes de congestion ou d'inflammation cérébrale. L'opium a été longtemps regardé comme un spécifique du delirium tremens ; cependant ce remède échoue assez souvent. Quand on le donne, on a pour but de modérer l'agitation et d'endormir les malades. Pour arriver à ce résultat, il faut ordinairement de 15 à 25 centigrammes d'opium : nous ne voyons aucun inconvénient à doubler la dose, s'il en est besoin, pourvu qu'on mette entre chaque prise un intervalle d'une à deux heures ; mais nous voudrions difficilement aller au-delà, et imiter surtout la pratique de ceux qui ont osé donner jusqu'à 4 grammes d'opium. Quand on porte aussi loin les doses du remède, on finit toujours par as-

(1) *Traité pratique de la Pneumonie*, p. 387.

soupir les malades, qui meurent dans un état comateux. On a conseillé de remplacer l'opium par l'infusion de digitale (4 grammes dans 190 grammes de véhicule, en donner une cuillerée à bouche toutes les heures); mais cette pratique n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience. Les évacuants, tels que l'émétique et les purgatifs, ne peuvent pas être conseillés comme méthode générale; ces médicaments ne sauraient, suivant nous, être utiles que lorsque l'état des organes digestifs en indique l'emploi; les antispasmodiques, tels que l'éther, l'assa-fœtida, le musc, etc., les affusions froides, ne méritent aucune confiance; les vésicatoires, conseillés par quelques personnes, augmentent généralement les accidents.

Esquirol, Georget, et récemment M. Calmeil, ont conseillé de n'opposer au *delirium tremens* qu'une médication douce, presque expectante : ainsi, dans les cas simples, M. Calmeil ne prescrit qu'une boisson sucrée et des bains tièdes; si la langue est saburrale, il fait vomir; s'il y a constipation, il purge; et si quelques signes d'inflammation ou de congestion se développent vers le cerveau, il les combat par les saignées, qui sont d'ailleurs rarement nécessaires. Enfin l'habile médecin dont je parle ne prescrit point l'opium, imitant en cela la pratique d'Esquirol, dont les malades guérissaient communément en trois jours par la simple expectation.

Il est inutile de dire qu'il faut, pendant les accès de délire, prendre des précautions pour que les malades ne puissent ni se nuire ni nuire aux autres. Lorsque les accès sont très éloignés, on peut laisser les individus dans la société, en exerçant sur eux une surveillance active, mais si les crises se répètent trop souvent, il faut séquestrer les malades.

Nature. — Le *delirium tremens* est une névrose produite par une cause spécifique, l'intoxication alcoolique. La nature des accidents, leur marche, les résultats négatifs fournis par l'ouverture des cadavres le prouvent suffisamment (Voir dans le t. II la *Classe des névroses*).

DE LA COMBUSTION HUMAINE SPONTANÉE.

On nomme combustion humaine spontanée la combustion ou l'incinération partielle ou totale du corps humain, dont la cause semble résider dans un état particulier de l'organisme qui nous est encore inconnu.

La combustion spontanée, dont il existe actuellement de nombreux exemples, a surtout été observée chez des femmes âgées, surchargées de graisse et adonnées à l'ivrognerie. Quelques personnes ont pensé que, dans ce cas, toute l'économie, et notamment le tissu cellulaire, étant imprégnée d'alcool, il se faisait dans ces parties des combinaisons nouvelles, peut-être, dit-on, un gaz inflammable s'exhale-t-il, de sorte que, le corps prendrait alors feu d'une manière tout à fait spontanée, et peut-être aussi par suite du dégagement d'une étincelle électrique qui, comme on le sait, se produit chez quelques individus à l'occasion du moindre frottement de la peau. D'autres, parmi lesquels il faut compter surtout Vicq-d'Azyr et Dupuytren, pensent que, pour que la combustion ait lieu dans les cas dont nous par-

lons, il est nécessaire que le corps ait été en contact avec une matière en ignition. Presque tous les faits sont favorables à cette opinion ; ainsi la plupart des individus qui ont été victimes d'une combustion spontanée avaient eu près d'eux un corps enflammé, comme un tison, une bougie, de la braise, une pipe, etc. Quoi qu'il en soit, et de quelque nature que soit la cause efficiente, nous dirons qu'après la combustion spontanée d'un individu, on trouve presque toujours quelques parties du corps qui n'ont pas été complétement brûlées ; ces débris appartiennent le plus souvent à la tête ou aux membres ; toutes les autres sont consumées, et il n'existe plus pour résidu qu'une matière grasse, solide, une suie puante et un charbon léger, onctueux et odorant. Le feu se communique rarement aux meubles de l'appartement, dont les murs sont couverts d'une suie épaisse, grasse, noire, fétide. La combustion s'effectue ordinairement avec rapidité ; elle est complète en deux ou trois heures, et même en une heure seulement. Il arrive quelquefois qu'elle n'est que partielle ; celle-ci, contrairement à ce qui existe pour la combustion générale, a été plus spécialement observée chez les hommes ; ainsi on a cité des individus dont les mains, par exemple, ayant été en contact avec un corps en ignition, ont vu ces parties devenir ensuite le siége d'une douleur brûlante, avec rougeur et production de flammes bleuâtres, azurées. Les simples affusions d'eau froide, loin d'éteindre le feu, ne font que l'activer ; pour s'en rendre maître, on est obligé de laisser les parties pendant plusieurs heures dans l'eau, qu'on maintient constamment froide. Il reste alors une brûlure plus ou moins étendue et plus ou moins profonde.

On peut consulter, pour plus amples renseignements, l'article remarquable du *Dictionnaire de médecine*, t. VIII, p. 421, où Breschet a résumé avec une grande lucidité les principaux faits de combustion spontanée connus jusqu'à ce jour.

EMPOISONNEMENT PAR LE SULFATE DE QUININE.

Le sulfate de quinine, ce précieux médicament que nous avons déjà signalé comme héroïque dans plusieurs maladies, peut, lorsqu'on l'administre à trop forte dose, déterminer les accidents les plus graves et même la mort.

C'est ce qu'on pouvait déjà conclure des expériences faites à Padoue par Giacomini ; mais les propriétés toxiques du sel de quinine ont été en outre bien démontrées par les expériences de MM. Magendie et Mêlier sur les animaux vivants. Ces messieurs, en introduisant 2 grammes de sulfate de quinine dans l'estomac d'un chien, ont constaté peu après divers troubles indiquant une action prononcée du médicament sur les centres nerveux ; ainsi l'animal présentait de la stupeur, ses jambes étaient écartées comme pour maintenir l'équilibre, ou bien il tombait sur le flanc ; ses pupilles étaient dilatées ; il éprouvait des mouvements convulsifs, et succombait dans le coma. A l'autopsie, on trouvait les poumons congestionnés, hépatisés ou splénisés ; le sang était mou, diffluent et privé en grande partie de sa coa-

gulabilité. Quelques faits malheureux, observés chez l'homme, sont venus confirmer en tous points les résultats obtenus chez les animaux : ainsi des malades auxquels on a administré imprudemment 4, 5 et jusqu'à 6 grammes de sulfate de quinine ont éprouvé des accidents variés, de plusieurs ordres, et dans lesquels on peut, à l'exemple de M. Mêlier, reconnaître trois degrés. Dans le premier, les symptômes se passent entièrement vers le système nerveux, et ne sont que l'exagération de ceux qu'on observe aux doses ordinaires : ainsi il y a de la céphalalgie, de l'agitation, des phénomènes d'ivresse, un peu de trouble de la vue, et souvent de la surdité, phénomènes que j'ai eu occasion de noter fréquemment pendant cinq ou six ans, chez tous les membres d'une famille créole, auxquels, pour couper des fièvres intermittentes qui revenaient souvent, j'administrais seulement 50 à 60 centigrammes de sulfate de quinine. A un degré plus avancé, il survient du délire, des mouvements convulsifs, une paralysie assez étendue; puis, probablement en raison de l'altération profonde que le sang éprouve, il se déclare des signes de congestion et de phlogose vers les poumons; quelques malades ont des hématuries. Enfin, quand l'action du remède est portée à son plus haut degré, les forces sont anéanties, la faiblesse est excessive ; les malades, privés de sentiment et de mouvement, tombent dans le coma, et peuvent alors succomber. Ceux qui échappent à ce péril se rétablissent lentement, ils sont quelque temps faibles, et plusieurs d'entre eux restent pour toute leur vie aveugles et sourds.

Les expériences tentées sur les animaux et les faits malheureux observés sur l'homme prouvent que le sulfate de quinine modifie profondément l'innervation. Cette action s'exerce certainement par l'intermédiaire du sang, dans lequel le médicament pénètre par absorption, et dont il modifie par suite la constitution, comme cela résulte d'ailleurs des importantes recherches faites par MM. Magendie et Mêlier.

Si j'insiste sur ces faits, c'est à cause de la tendance malheureuse qu'on a aujourd'hui à administrer à des doses toxiques beaucoup de médicaments énergiques. On ne saurait trop redire que cette pratique est inutile, qu'elle est souvent dangereuse, et qu'elle peut compromettre l'art.

Traitement. — Si on était appelé près d'un individu empoisonné par le sulfate de quinine, il faudrait, par un vomitif et la titillation de la luette, provoquer l'expulsion de la portion de poison contenue dans l'estomac ; puis on chercherait à ranimer la vitalité en administrant à l'intérieur les boissons aromatiques, excitantes, et en faisant des frictions sèches et irritantes sur la surface du corps, spécialement à l'épigastre et aux membres. Ce traitement est à peu près celui qui est recommandé par le professeur Giacomini.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CARBONIQUE.

On peut regarder comme étant empoisonnés par l'acide carbonique ceux qui éprouvent des accidents graves en respirant la vapeur d'un four à chaux ou celle qui se dégage d'une cuve en fermentation. Dans ce der-

nier cas, l'acide carbonique est mêlé à de l'azote et à des émanations alcooliques.

Les individus qui respirent cette vapeur éprouvent de l'anxiété précordiale, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue, puis ils tombent. Quelques uns meurent avec tous les symptômes de l'asphyxie; mais la plupart succombent réellement par le cerveau, car les signes de congestion vers cet organe sont les phénomènes prédominants, et la mort arrive avant que la respiration ait été complétement interrompue. D'ailleurs les accidents produits par l'acide carbonique diffèrent fort peu de ceux que détermine la vapeur du charbon, et que nous ferons connaître bientôt. Disons ici que le gaz acide carbonique ne nuit pas seulement, comme le croyait Nysten, parce qu'il est impropre à la respiration, mais surtout parce qu'il a par lui-même une action toxique, délétère : c'est ce qui résulte surtout des expériences de M. Collard de Martigny. Ce médecin s'étant plongé dans l'atmosphère d'une cuve en fermentation, en s'enveloppant d'un drap disposé en forme de cylindre, dont une des extrémités était adaptée à la cuve, tandis que l'autre était fixée à la tête, respirant d'ailleurs par la bouche, à l'aide du tuyau qui communiquait avec l'air extérieur, il commença à éprouver les symptômes de l'empoisonnement dès la cinquième minute; mais ce ne fut qu'à la vingtième qu'il fut forcé de se retirer; l'abattement était alors tel, qu'il avait abandonné le tuyau à l'aide duquel il respirait. Ce fait est extrêmement important, et indique que les accidents occasionnés par l'inspiration du gaz acide carbonique doivent être rapportés plutôt à un empoisonnement qu'à une asphyxie.

Le traitement consiste à porter le malade au grand air, et à employer tous les remèdes que nous indiquerons en traitant de l'empoisonnement par la vapeur du charbon.

Nous rapprocherons du méphitisme des celliers celui qui se développe toutes les fois qu'un grand nombre d'individus sont entassés dans un espace trop étroit, et que l'air n'est point renouvelé. La proportion d'azote ne varie guère alors, mais il se produit beaucoup d'acide carbonique mêlé à une vapeur animale. La quantité d'acide carbonique agit d'autant plus efficacement que la proportion d'oxigène de l'air a ici considérablement diminué. Enfin, les effets de ces émanations sont d'autant plus prompts et plus terribles qu'il s'y joint en même temps une température plus élevée. L'histoire nous a transmis à ce sujet la relation de plusieurs catastrophes observées sur des prisonniers qu'on avait entassés dans des espaces trop étroits. Ces malheureux, après avoir éprouvé une soif insupportable et une anxiété extrême, accompagnées quelquefois de délire, étaient pris d'une grande gêne dans la respiration, de douleurs de poitrine, de palpitations, et mouraient suffoqués.

Les moyens à opposer à ces accidents ne diffèrent pas de ceux que nous allons exposer sous peu.

EMPOISONNEMENT PAR LA VAPEUR DU CHARBON.

Le charbon de bois en combustion dégage un mélange d'azote, d'hydrogène carboné et d'acide carbonique; ce dernier, peu abondant au commencement de la combustion, se produit surtout lorsque le charbon est parfaitement enflammé, tandis que le contraire a lieu pour l'hydrogène carboné (1).

Caractères anatomiques. — A l'ouverture des cadavres, on trouve toutes les lésions que nous verrons plus tard caractériser l'asphyxie. Nous noterons seulement ici la coloration rouge-cerise du sang lorsque la mort a été rapide; dans le cas contraire, le sang est noir comme dans l'asphyxie.

Symptômes. — Si les individus entraient brusquement au milieu d'une atmosphère formée par de la vapeur de charbon, ils périraient presque subitement avec des vertiges et suffoqués; mais, dans la plupart des cas, l'action du poison est lente et graduelle. Les individus placés dans une chambre dans laquelle du charbon est en ignition éprouvent d'abord de la pesanteur de tête, puis une céphalalgie vive avec sentiment de compression vers les tempes; ils ont des vertiges, des bourdonnements d'oreilles et une grande propension au sommeil. Bientôt la vue se trouble; ils ont des palpitations; la respiration est pénible, elle s'accompagne d'une grande anxiété et d'un sentiment de compression très pénible derrière le sternum; le pouls s'accélère et s'affaiblit; il y a quelquefois des nausées et des vomissements; bientôt le malade tombe dans le coma; il y a souvent alors des déjections involontaires d'urine et de matière fécale; la face est parfois violacée, mais plus souvent elle est pâle et plombée; enfin la respiration et la circulation se suspendent. Chez quelques individus, la mort est précédée de convulsions violentes, et les muscles qui en ont été le siége conservent souvent sur le cadavre un état de roideur et de tension fort remarquable.

Lorsque les personnes qui ont été soumises à l'action de la vapeur du charbon sont rappelées à la vie, elles conservent un état de malaise qui est beaucoup plus considérable que celui qui succède à tous les genres d'asphyxies et aux autres intoxications gazeuses que nous avons étudiées jusqu'à présent : ainsi les malades restent engourdis; leurs idées sont obtuses; la poitrine est parfois le siége de douleurs déchirantes; plus fréquemment encore ils accusent une céphalalgie des plus violentes. Ce

(1) Un kilogramme de braise, et à plus forte raison de charbon en combustion libre, peut rendre asphyxiable l'air d'une pièce formée de 25 mètres carrés de capacité. MM. Dumas et Leblanc ont montré que l'énergie toxique d'une atmosphère asphyxiable sous l'influence de la combustion du charbon devait être attribuée particulièrement à l'oxide de carbone, puisque ce gaz, répandu dans l'air à la dose de *un pour cent*, constitue une atmosphère presque immédiatement mortelle pour les animaux à sang chaud, tandis que, pour produire le même effet avec de l'acide carbonique, il faut des doses beaucoup plus considérables, c'est-à-dire 30 ou 40 *pour cent* pour tuer un chien de forte taille.

dernier accident est un des plus opiniâtres; nous l'avons vu persister pendant des mois entiers. Ces souffrances, quoi qu'on en ait dit, ne peuvent pas toujours s'expliquer par une congestion manifeste. Enfin on cite des individus qui, après être restés longtemps souffrants, conservent toute leur vie une grande tendance aux congestions cérébrales; d'autres demeurent infirmes, ayant quelque grave lésion du côté des fonctions locomotrices, de la sensibilité ou de l'intelligence. Un médecin distingué, M. Bourdon, a étudié, dans sa thèse inaugurale (1844), la paralysie qui survient quelquefois à la suite de l'empoisonnement par la vapeur du charbon; disons toutefois que c'est là un accident rare, et dans tous les cas où nous l'avons constaté il n'a eu qu'une durée fort courte.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est toujours grave; la gravité est d'autant plus grande que la quantité de charbon a été plus considérable, que l'espace dans lequel il a brûlé a été plus étroit, que l'individu y a séjourné plus longtemps. Un état d'ivresse, comme on le remarque souvent chez les sujets qui veulent se suicider, est encore une circonstance aggravante. Enfin, parmi les symptômes, nous citerons comme étant d'un très fâcheux augure les convulsions et les évacuations involontaires.

Traitement. — Indépendamment des moyens qui conviennent dans toutes les asphyxies, il en est encore quelques uns qui sont plus spécialement indiqués dans l'intoxication par la vapeur du charbon. Nous citerons surtout l'exposition des malades à un air froid, les affusions ou plutôt les aspersions d'eau froide ou même glacée faites en projetant avec force sur la figure du malade plusieurs verres d'eau à quelques minutes de distance. Lorsque le frisson indicateur du rétablissement de la respiration commence, on cesse les affusions pour faire sur tout le corps des frictions excitantes, ammoniacales; des ventouses sèches seront disséminées çà et là; enfin, si quelques signes de congestion existent du côté des viscères, on les combattra par les émissions sanguines.

Les excitants diffusibles et les vomitifs, que quelques auteurs ont préconisés, semblent être généralement plutôt nuisibles qu'utiles, car, administrés pendant le collapsus, ils s'introduisent souvent dans les tuyaux aériens; donnés plus tard, ils augmentent la réaction et favorisent peut-être les congestions viscérales. Au contraire, les purgatifs en lavement ont un effet avantageux. Les douleurs thoraciques et surtout la céphalalgie violente qui succèdent si souvent à l'empoisonnement par le charbon, réclament l'emploi des saignées révulsives; si elles résistent à ce moyen, on emploiera un ou plusieurs vésicatoires. Enfin, pour terminer, nous dirons que, dans le traitement de cette affection, le médecin doit agir avec énergie et persévérance : ainsi on rapporte plusieurs cas d'individus qui n'ont été rappelés à la vie qu'après plus de trois heures de soins assidus.

Nous ne dirons rien de la combustion du coke, car elle produit les mêmes accidents que ceux que nous venons de décrire : aussi devra-t-on les combattre par les mêmes moyens.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LE GAZ DE L'ÉCLAIRAGE.

M. Devergie est, je crois, l'auteur qui a publié les premières observations d'empoisonnement par le gaz de l'éclairage; mais les faits les plus nombreux sont dus au professeur Tourdes, de Strasbourg, qui s'est livré en outre à diverses expériences pour apprécier convenablement les effets du gaz *light* sur l'économie (*Gaz. méd. de Strasbourg* 1841).

Le gaz de l'éclairage est moins délétère que l'acide sulfhydrique; mais il l'est beaucoup plus que l'acide carbonique. Il doit surtout ses propriétés toxiques au gaz oxide de carbone qu'il renferme; car l'hydrogène bicarboné, les carbures d'hydrogène et tous les autres produits gazeux qu'il contient ne sont pas, à beaucoup près, aussi énergiques que le premier. Le gaz de l'éclairage peut tuer lors même qu'il se trouve, par rapport à l'air atmosphérique, dans une proportion inférieure d'un onzième. Il agit d'abord sur le système nerveux, et plus tard sur l'appareil respiratoire : ainsi les individus éprouvent de la céphalalgie, des vertiges, des nausées, des vomissements et un affaiblissement considérable; bientôt il y a perte complète de connaissance, avec mouvements convulsifs et paralysie du sentiment ou du mouvement. La respiration n'est troublée que dans les derniers moments; mais les symptômes d'asphyxie sont alors complets et prédominants.

Chez les sujets qui ont succombé, on a trouvé le plus ordinairement, d'après M. Tourdes, le tissu des poumons d'un rouge *vif, éclatant à l'incision.* Le sang étant en outre noirâtre et mêlé à des caillots, le cerveau et les veines du rachis étaient fortement congestionnés. Il y avait parfois un épanchement sanguin dans le canal vertébral; la muqueuse aérienne était fortement injectée; une écume blanche striée d'un sang épais et visqueux remplissait la bouche, le larynx et les bronches.

Traitement. — Dans la première période de l'empoisonnement on insistera sur les boissons légèrement stimulantes; on prescrira un lavement purgatif et quelques révulsifs cutanés; plus tard les signes de congestion et d'asphyxie indiqueront l'emploi des émissions sanguines. Enfin, pour rappeler la chaleur et exciter les mouvements respiratoires, on aura recours à tous les moyens que nous ferons connaître en détail en traitant des asphyxies.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES NARCOTICO-ACRES.

Dans l'empoisonnement par les narcotico-âcres, on observe à la fois le narcotisme et des symptômes phlegmasiques du côté des surfaces sur lesquelles le poison a été appliqué. Les lésions cadavériques sont en rapport avec ces deux ordres de phénomènes, qui n'existent pas toujours au même degré; presque constamment, en effet, l'un d'eux prédomine. Les narcotico-âcres agissent donc localement, puis étant absorbés ils modifient le sang et le système nerveux. Ce dernier mode d'action est le plus grave; c'est lui,

en effet, qui est la cause principale de la mort. Les substances qui déterminent le plus souvent ce genre d'empoisonnement sont : le *tabac*, la *strychnine* et surtout certains *champignons*, tels que la *fausse oronge*, diverses *amanites*, plusieurs espèces d'*agarics*, etc. Les règles générales à observer, dans ce genre d'empoisonnement, consistent : 1° à expulser le poison par l'émétique et les boissons abondantes, s'il est dans l'estomac ; par des lavements purgatifs, s'il est contenu dans l'intestin ; 2° le poison expulsé, on combattra le narcotisme par les boissons acidules, les potions éthérées, ammoniacales, par l'infusion de café, ainsi que par les lotions et aspersions froides ; 3° on remédiera aux congestions cérébrales à l'aide de la saignée ; 4° enfin on modérera les symptômes inflammatoires par les antiphlogistiques.

Les accidents produits par les narcotico-âcres sont moins uniformes que ceux que les narcotiques déterminent. On observe, en effet, dans les premiers, des variations nombreuses : ainsi des symptômes qui prédominent dans certains cas manquent ou sont peu marqués dans d'autres. Voilà pourquoi nous allons, à l'exemple de M. Orfila, établir quelques groupes dans cette classe de poisons.

1° La *scille*, l'*œnanthe*, l'*aconit*, l'*ellébore*, la *vératrine*, le *colchique*, le *datura stramonium*, le *tabac*, la *digitale*, le *varaire*, les *diverses espèces de ciguë*, le *laurier-rose*, le *mouron des champs*, l'*aristoloche*, la *rue*, le *tanguin de Madagascar*, le *cyanure d'iode*, sont des poisons narcotico-âcres qui enflamment les surfaces avec lesquelles on les met en contact, comme le font les irritants, et qui produisent sur le sang, sur le système nerveux et sur les poumons, des altérations analogues à celles que les narcotiques développent. Les symptômes qu'ils déterminent ont été résumés ainsi qu'il suit par M. Orfila : agitations, cris aigus, délire plus ou moins gai, mouvements convulsifs des muscles de la face, des mâchoires et des membres ; pupilles contractées, dilatées ou à l'état naturel ; pouls fort, fréquent, régulier ; ou petit, lent, irrégulier ; douleurs plus ou moins aiguës à l'épigastre et dans diverses parties de l'abdomen ; nausées, vomissements opiniâtres, déjections alvines ; quelquefois, au lieu d'une grande agitation, on observe une sorte d'ivresse, un grand abattement, de l'insensibilité, un tremblement général, les malades n'ont aucune envie de vomir. Les symptômes précédents ne se présentent pas tous chez le même individu ; mais ceux qui se sont déclarés ne cessent jamais complétement pour reparaître quelque temps après, comme cela a lieu pour quelques autres poisons narcotico-âcres dont nous allons parler plus bas.

Pour le traitement, voir ce que nous avons dit au haut de la page.

2° L'empoisonnement par la *strychnine* et la *noix vomique* n'est pas rare. Cependant la quantité de strychnine prise est rarement assez considérable pour déterminer des symptômes d'inflammation gastro-intestinale ; tout se borne alors à des troubles nerveux très remarquables, consistant en une roideur convulsive du tronc, qui se porte en arrière ; il y a du trismus, du tremblement et des secousses convulsives dans les membres ; puis survient un véritable accès d'opisthotonos, pendant lequel le tronc est immobile, le

pouls petit et la face injectée; le malade est alors dans un état d'asphyxie imminente. Ces accidents peuvent se calmer et même cesser; mais bientôt un nouvel accès survient qui termine la vie. Souvent il y en a cinq ou six consécutifs; le plus ordinairement la vie s'éteint au bout de sept à huit minutes; quelquefois elle se termine plus tôt, ailleurs c'est plus tard. A l'autopsie on ne trouve, comme caractères anatomiques constants, qu'une congestion des poumons et du tissu cérébral. Les rougeurs et les ramollissements de la moelle qu'on a quelquefois rencontrés sont des lésions purement accidentelles, et qui probablement ont été presque toujours produites artificiellement.

Dans l'empoisonnement par la strychnine ou par la noix vomique, il faut, indépendamment des indications précédentes, recourir à l'insufflation pulmonaire pour empêcher l'asphyxie. M. Orfila veut qu'on emploie aussi l'eau chlorée, comme il a été dit en parlant de l'acide cyanhydrique; les potions éthérées paraissent également avantageuses; mais il convient avant tout de débuter par un vomitif.

La *brucine*, la *fève de Saint-Ignace*, l'*upas-tieuté*, la *fausse angusture* et la *coque du Levant* sont des poisons qui agissent à peu près comme la strychnine; nous ne parlerons donc point en détail de l'empoisonnement par ces substances. Il en est de même du *camphre*, qui, pris à forte dose, peut enflammer, corroder, ulcérer les tissus de l'estomac, et dont l'absorption est suivie de convulsions tétaniques horribles, de refroidissement du corps; enfin, ainsi que cela résulte surtout des expériences de M. Orfila, la mort arrive, comme dans l'empoisonnement par les strychnos, c'est-à-dire par cessation de la respiration, ou du moins par suite de la gêne extrême que cette fonction éprouve.

3° *Champignons vénéneux.* — On cite quelques cas où les champignons ont agi seulement, tantôt comme irritants des organes digestifs, tantôt comme narcotiques; cependant presque toujours ces deux effets se combinent. Ainsi, deux ou trois heures après l'ingestion du poison, quelquefois plus tard (six, douze, vingt-quatre, trente-six heures, chose rare d'ailleurs), les malades éprouvent du malaise, des douleurs épigastriques, des défaillances; ils ont des nausées, des renvois fétides avec sentiment de constriction à la gorge; bientôt ils vomissent; le ventre se ballonne, devient douloureux; il y a des selles liquides; les évacuations peuvent être aussi copieuses que dans le choléra. Le pouls est petit, irrégulier; les traits sont altérés; il y a des sueurs froides; quelques malades délirent, d'autres tombent dans le coma ou ont des convulsions, et succombent en douze, vingt-quatre ou trente-six heures. Ceux qui survivent conservent assez souvent pendant plusieurs semaines les signes d'une vive inflammation des organes digestifs.

Nous avons dit que, dans quelques cas, les symptômes nerveux apparaissaient sans être précédés de ceux qui appartiennent à une affection gastro-intestinale; les malades succombent alors promptement à des accidents cérébraux. Ainsi ils ont des convulsions atroces, un délire violent remplacé bientôt par un état apoplectique.

Le traitement à opposer est celui qui convient aux autres narcotico-âcres. Ainsi : 1° expulsion du poison ; 2° administration des acidules et de l'éther quand le poison a été rejeté. M. Chansarel a préconisé la décoction de noix de galle et le tannin comme étant les véritables antidotes des champignons vénéneux ; mais ce point de pratique n'est pas encore suffisamment établi. Quoi qu'il en soit, dans l'espèce d'empoisonnement dont nous parlons, le traitement devra varier suivant que ce sont les accidents abdominaux ou les accidents cérébraux qui prédominent. Dans le premier cas, il faut insister sur les mucilagineux et les calmants ; dans le second, on aura surtout recours aux excitants diffusibles.

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.



VICTOR MASSON,
Libraire des Sociétés savantes près le ministère de l'Instruction publique,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 1.

ATLAS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN,

PAR

M. C. BONAMY,
Docteur en médecine, professeur particulier d'anatomie et de physiologie, etc.;

ET

M. ÉMILE BEAU,
Dessinateur.

Tous les Dessins sont faits d'après nature.

Le but principal de MM. Bonamy et Beau, en entreprenant leur *Atlas d'Anatomie,* a été de faire un livre utile aux élèves pour les guider dans leurs études, et aux médecins praticiens pour leur rappeler les connaissances qu'ils auraient pu oublier.

Le format in-8 jésus, choisi pour l'Atlas, rend facile son transport d'un lieu dans un autre; il permet de représenter toutes les parties du corps humain à la proportion de demi-nature généralement adoptée dans des ouvrages beaucoup plus grands que celui-ci.

Les organes des sens, dont l'étude est si importante et en même temps si

difficile, seront représentés de grandeur naturelle, et cette proportion sera suivie toutes les fois qu'il s'agira de faire connaître la structure des organes compris dans la *Splanchnologie* et dans la *Névrologie* : dans cette dernière étude, on aura souvent recours à des grossissements assez considérables.

En regard de chaque planche se trouve un texte explicatif et raisonné ; ce texte n'est point une simple énumération des objets qui sont représentés, mais bien un complément à la description donnée par la planche elle-même.

On a suivi, pour l'ordre d'exposition, le plan qui a été adopté par M. Cruveilhier dans son *Traité d'anatomie descriptive*. L'ouvrage est divisé en quatre parties :

1° Appareil de la locomotion.	Os. Articulations. Muscles.	Ostéologie. Syndesmologie. Myologie.
2° Appareil de la circulation.	Cœur. Artères. Veines. Vaisseaux lymphatiques. Aponévroses.	Angéiologie et aponévrologie.
3° Appareils de la digestion. — de la respiration. — génito-urinaire.	. . . .	Splanchnologie.
4° Appareils de sensation et d'innervation.	Organes des sens. Moelle épinière. Cerveau. Nerfs.	Névrologie.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION.

L'Atlas d'Anatomie descriptive du corps humain comprendra 250 planches format grand jésus, toutes dessinées d'après nature et lithographiées. Il est publié par livraisons de 4 planches avec un texte explicatif et raisonné en regard de chaque planche.

Prix de chaque livraison : Avec planches noires........................ 2 fr.
— — Avec planches coloriées.................... 4 fr.

L'Atlas sera divisé en quatre parties qui se vendront séparément et sans augmentation de prix, savoir :

1° **APPAREIL DE LA LOCOMOTION.** Complet en 84 planches, dont 2 sont doubles.

	Prix broché.	Avec demi-reliure.
Figures noires..............	44 fr.	47 fr.
— coloriées...........	88	92

2° **APPAREIL DE LA CIRCULATION.** Complet en 65 planches.

	Prix broché.	Avec demi-reliure.
Figures noires..............	32 fr.	35 fr.
— coloriées...........	64	68

3° **APPAREILS DE LA DIGESTION, DE LA RESPIRATION, GÉNITO-URINAIRE.** En cours de publication.

4° **APPAREILS DE SENSATION ET D'INNERVATION.** En cours de publication.

CORBEIL, IMP. DE CRÉTÉ.

DIX ANS POUR PAYER.

40 gros vol. in-8° à 2 colonnes, dont 2 ornés de nombreuses planches en taille-douce.

ENCYCLOPÉDIE

DES

SCIENCES MÉDICALES

OU

TRAITÉ GÉNÉRAL, MÉTHODIQUE ET COMPLET DES DIVERSES BRANCHES DE L'ART DE GUÉRIR

ET

COLLECTION DES AUTEURS CLASSIQUES

PAR MESSIEURS

BAYLE, BAUDELOQUE, BEUGNOT, BRACHET, BRICHETEAU, CAPURON, CAYOL, CLARION, CLOQUET, GERDY, GIBERT, HUGUIER, LENOIR, LISFRANC, MARJOLIN, MALLE, RÉCAMIER, DE SALLE, SÉGALAS, SERRES, VELPEAU, VIREY.



Un des plus grands ouvrages qui aient été publiés sur la médecine, l'*Encyclopédie des sciences médicales,* vient d'être terminé, avec l'appui des hommes les plus éminents dans la science.

Les 40 volumes dont il se compose contiennent dans un seul corps d'ouvrage, ce qui n'avait jamais été fait, non-seulement une série de traités consacrés à chacune des branches de l'art de guérir, traités dont les parties sont liées entre elles et coordonnées aussi méthodiquement que peut le comporter l'état actuel des sciences médicales, mais encore la collection des meilleurs ouvrages classiques de médecine, les meilleures monographies, les œuvres enfin des plus grands observateurs et des praticiens à qui la science

doit ses progrès et dont les travaux, fruit de l'expérience la plus consommée, n'ont point vieilli parce qu'ils sont la peinture fidèle de la nature, qui est toujours la même.

Toutes les connaissances médicales sont comprises dans ce vaste recueil. Toutefois, cette vaste collection étant surtout destinée aux praticiens, la plus grande partie en est consacrée à la médecine et à la chirurgie pratiques.

L'ENCYCLOPÉDIE est donc à la fois : 1° un *Traité général, méthodique et complet des diverses branches de l'art de guérir*, et 2° un *Recueil des ouvrages classiques de médecine anciens et modernes.*

L'ouvrage est expédié, *franc de port* et très-bien emballé *dans une caisse*, aux personnes qui envoient 80 FRANCS COMPTANT et DIX BILLETS DE 22 FRANCS chacun, payables d'année en année. — Les billets *sur papier timbré* doivent être ainsi conçus :

Fin mars 18.. *je payerai à l'ordre du propriétaire de l'*Encyclopédie des sciences médicales *la somme de* vingt-deux francs, *à valoir sur mon exemplaire de cet ouvrage.*

Écrire bien lisiblement son nom et son adresse — Signer lisiblement

Le. 18

Une remise sera faite aux personnes qui désireraient payer tout dans la première année ; elles n'auront qu'à envoyer 100 fr. comptant et deux billets de 70 fr. chacun, l'un à 6 mois et l'autre à un an de date.

Si on préférait recevoir l'ouvrage en belle et solide demi-reliure, on n'aurait qu'à ajouter 50 fr. au payement comptant.

Les souscriptions seront reçues

CHEZ VICTOR MASSON, LIBRAIRE-EDITEUR,

Place de l'École-de-Médecine, 1, à PARIS.

CORBEIL. — Imp. de CRÉTÉ.

VICTOR MASSON.
LIBRAIRE DES SOCIÉTÉS SAVANTES PRÈS LE MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

TRAITÉ
DE
PHARMACIE
THÉORIQUE ET PRATIQUE

PAR

E. SOUBEIRAN
Directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux
et hospices civils de Paris, professeur à l'École de pharmacie,
membre de l'Académie royale de médecine, etc.

—

TROISIÈME ÉDITION.

2 volumes in-8 avec 64 figures imprimées dans le texte.

Prix : 16 fr.

Le *Traité de Pharmacie* de M. Soubeiran est aujourd'hui un ouvrage si répandu qu'il peut paraître superflu de chercher à faire ressortir l'utilité spéciale de cet ouvrage. Son succès a été aussi grand à l'étranger qu'en France ; il a été traduit en plusieurs langues, et l'on peut dire qu'il est aujourd'hui l'ouvrage classique universel. Ce succès est dû certainement au double caractère pratique et scientifique qui lui a été imprimé par son auteur, qui en a fait un guide aussi sûr pour le praticien que pour l'élève. Ce caractère général de l'ouvrage a été parfaitement exprimé par M. Félix Boudet, docteur ès-sciences, et l'un des pharmaciens les plus éclairés de Paris, dans le compte qu'il a rendu de cet ouvrage à sa première apparition. Il s'exprimait ainsi :

« Le nouvel ouvrage que nous annonçons est du petit nombre de ceux qui feront époque dans l'histoire de la pharmacie ; à l'exemple des pharmacopées de Charas, de Lemery, de Baumé, il présente un tableau exact et habilement tracé des connaissances pharmaceutiques au moment de sa publication, et, comme elles aussi, il doit être un monument durable dans les phases de la pharmacie.

» Plus d'une fois, en l'étudiant, nous avons regretté que les limites d'une simple analyse ne nous permissent pas de reporter nos regards en arrière et de comparer cette pharmacopée de 1837, riche de toutes les applications de la physique et de la chimie moderne, avec celle que nous ont léguée nos ancêtres. Indépendamment de l'intérêt de curiosité qu'offrirait un pareil examen, on en recueillerait le double avantage de mieux juger les progrès immenses que les recherches des pharmaciens modernes ont fait faire à la pharmacie depuis le commencement de ce siècle, et d'apprécier avec plus d'exactitude le mérite du traité de M. Soubeiran qui en est le résumé le plus complet.

» Le *Traité de Pharmacie* que je publie aujourd'hui, dit M. Soubeiran, est en même temps un ouvrage de pratique et un ouvrage d'étude; il offre au praticien l'avantage trop peu commun d'un traité dont toutes les formules sont exécutables: car j'ai répété par moi-même les opérations qui s'y trouvent décrites, toutes les fois que ces préparations ont eu pour objet la préparation d'un médicament, et quand plusieurs moyens ont été proposés pour arriver à un résultat, j'ai comparé ces moyens et je me suis arrêté à celui qui m'a présenté le plus d'avantages, etc.

» M. Soubeiran, placé à la tête de la Pharmacie centrale des hôpitaux civils de Paris, était seul en position d'exercer un pareil contrôle sur toutes les opérations de la pharmacie, et douze années de professorat l'avaient mis à même de discerner la méthode la plus efficace pour initier les élèves aux principes de notre art et à la pratique de ses opérations. Aussi trouve-t-on réunies dans son ouvrage cette justesse de vue et cette lucidité d'exposition qui sont le fruit d'une longue et judicieuse expérience.

» Dans un traité de pharmacie purement pratique, la classification offre peu d'intérêt; mais dans un ouvrage d'étude, elle acquiert une haute importance; il est nécessaire que l'esprit des élèves marche progressivement du simple au composé, du connu à l'inconnu. M. Soubeiran s'est appliqué à suivre cette loi de progression, autant du moins qu'elle a pu se prêter aux exigences de son sujet.

» Son ouvrage est divisé en quatre livres, etc.

» Nous n'avons pu exposer ici que le système général de l'ouvrage dont nous avions à rendre compte; nous espérons n'avoir rien omis d'essentiel; nous sommes loin de nous flatter cependant d'avoir su donner à nos lecteurs une idée complète du plan vaste et habilement conçu, d'après lequel M. Soubeiran a composé son livre. Nous y avons trouvé réunis tous les avantages que peut présenter un ordre systématique dans un traité sur un art d'application, et nous avons senti en le lisant qu'il était destiné à exercer une influence remarquable sur les progrès à venir de la pharmacie. Toutes les parties de cet ouvrage ont été traitées avec le même soin: partout on reconnaît une logique rigou-

reuse, une juste sévérité de jugement qui ne se paie que de faits positifs et ne s'arrête qu'à l'évidence. Les appareils sont décrits avec une netteté qui n'appartient qu'à celui qui les a vus et maniés, et l'on reconnaît, dans l'analyse des théories comme dans la discussion des procédés opératoires, cette précision lucide d'un observateur qui ne parle que de ce qu'il a observé lui-même. Le style, qui souvent est négligé dans les ouvrages de sciences, est ici simple, juste et correct, tel enfin qu'il convenait au sujet. En somme, l'ouvrage, dans son ensemble, nous paraît tout-à-fait digne de l'époque et de la haute réputation que l'auteur s'est acquise par ses travaux antérieurs.

» Le *Traité de Pharmacie* de M. Soubeiran est bien, comme il l'annonce lui-même, un ouvrage de pratique et d'étude; il doit concourir puissamment à rendre la pratique de notre art plus régulière et plus éclairée, son étude plus facile et plus attrayante; les élèves y puiseront une instruction solide. Il est indispensable au pharmacien qui exerce son art, et le praticien émérite trouvera un vif intérêt à le lire. mais nous le recommandons encore aux médecins qui s'occupent sérieusement de thérapeutique; ils comprendront, en l'étudiant, toutes les ressources que leur présente aujourd'hui la pharmacie méthodique et raisonnée, telle que M. Soubeiran l'a faite. »

M. Soubeiran ne s'est pas contenté de mettre cette troisième édition au courant des travaux qui ont paru dans ces dernières années. Reprenant son œuvre avec persévérance, il y a apporté de profondes modifications qui ont eu pour résultat un nouvel et important perfectionnement dans le mode de distribution des matériaux de l'ouvrage.

Dans les éditions précédentes, il avait suivi l'ordre des analogies naturelles pour classer les substances d'origine organique, qui sont encore la partie la plus nombreuse et peut-être la plus intéressante de la matière médicale. L'étude des médicaments, suivant l'ordre des classifications naturelles, porte avec elle un grand intérêt; elle a de plus le mérite de grouper ensemble les matières de même nature et de simplifier leur étude, puisqu'il suffit souvent de faire l'histoire de l'une d'elles, la plus importante ou la plus employée, et de s'en servir comme d'un type auquel vient se rattacher tout naturellement l'histoire de toutes les autres.

Malgré ces avantages, l'auteur a cru devoir abandonner cette classification, pour en prendre une autre plus spécialement chimique. On sait que les différents principes immédiats d'origine organique se partagent assez naturellement en groupes doués de caractères distincts, souvent nets et bien tranchés; on sait encore que chaque type principal présente des variétés, lesquelles, tout en jouissant de quelques caractères individuels et spéciaux, ne s'écartent pas cependant du type principal; c'est ainsi que nous avons des variétés diverses de sucre, de gomme, de résine, etc.; on sait enfin que toute substance médicamenteuse doit

ses propriétés à un ou plusieurs de ces principes. Ces prémices traçaient la classification nouvelle ; il ne s'est agi que de venir placer successivement chaque substance dans le cadre qui était naturellement disposé pour elle. Ainsi s'est trouvée établie, sans difficulté, une disposition méthodique où chaque substance a été réunie à celles qui avaient avec elle la plus grande analogie et qui devaient leurs propriétés à un principe commun, par exemple, au tannin, la noix de galle, le cachou, le kino, l'écorce de grenadier ; à la saponine, la salsepareille, la saponaire, le polygala ; à la strychnine et à la brucine, la fève Saint-Ignace, la noix vomique, la fausse angusture, etc. Pour les substances qui contiennent en même temps plusieurs principes immédiats qui concourent à l'action médicinale, l'auteur a formé des subdivisions qui réunissent encore celles qui ont le plus d'analogie ; il est, par exemple, des substances qui contiennent en même temps la résine et l'huile essentielle ; parmi elles sont venus se ranger les diverses térébenthines et les baumes ; avec celles où l'huile essentielle est jointe à l'extractif amer, se sont trouvés le houblon, les labiées, les aurantiacées, les crucifères. Ce cadre embrasse la totalité des substances d'origine organique employées en médecine ; elle rapproche les substances qui ont les plus grandes analogies de composition. Il en résulte qu'après avoir exposé les caractères les plus importants du principe qui constitue le genre, l'auteur a pu tracer dans une étude générale l'histoire des diverses formes que les substances qui composent le groupe peuvent revêtir, et embrasser d'un seul coup d'œil toute l'histoire pharmaceutique de ces substances liées par leur analogie de composition. Il est à remarquer que, dans cette disposition des matières, M. Soubeiran a été souvent amené à utiliser les analogies naturelles ; certaines familles sont douées de caractères d'analogie tellement prononcés, que les individus qui les composent viennent se ranger tous ensemble dans un des cadres ; il en est résulté qu'aux avantages de la nouvelle classification il a pu joindre ceux inhérents à l'ancienne classification qu'il abandonnait. Les labiées, les crucifères, les solanées, et bien d'autres familles, ont formé des groupes secondaires dans lesquels l'étude d'une seule plante a suffi pour faire l'histoire de toutes les autres. « Que l'on veuille bien se rappeler, dit M. Soubeiran, que si, par ma position et le soin que j'ai eu de constater, par expérience, la valeur des procédés opératoires que je donne, j'ai pu faire un livre utile sous le rapport pratique, mon but principal a été de faire un ouvrage d'étude. Sous ce point de vue, en présentant les matières qui composent ce Traité sous un jour nouveau, j'aurai porté dans une autre direction l'attention de mes lecteurs, et j'aurai contribué à jeter de nouvelles lumières sur les études pharmaceutiques. »

Paris. Imprimerie de L. Martinet, rue Jacob, 30.

faire un rapport verbal. Ce travail important, dont notre illustre confrère, M. Geoffroy Saint-Hilaire, a bien voulu accepter la dédicace, consiste en un volume in-4° qu'accompagne un magnifique atlas de vingt-quatre planches. Les auteurs sont déjà connus dans le monde savant et littéraire...

» L'Académie des sciences n'a point à s'occuper du mérite littéraire des œuvres qui lui sont soumises; toutefois, les secrets du style ne lui sont pas tellement étrangers qu'elle n'apprécie le mérite du coloris qu'il peut répandre sur les matières les plus graves. Marchant sur les traces des meilleurs maîtres, M. Grimaud de Caux rend avec clarté, avec élégance, mais surtout avec une convenance parfaite, les choses les plus difficiles à exprimer dans notre langue délicate et trop souvent rebelle.

» Mais les planches de la *Physiologie de l'espèce* doivent fixer plus particulièrement votre attention. Elles contiennent des figures nouvelles et des détails anatomiques jusqu'à ce jour négligés ou mal rendus. Ainsi la VIIe, qui est consacrée à l'étude de l'organe sécréteur, la XIe, qui donne une anatomie nouvelle de la glande mammaire, et la XIIe, où sont représentés les faits les plus importants de l'embryologie, méritent de fixer l'attention de ceux de nos collègues qui sont profondément versés dans ces sortes d'études.

» L'histoire de l'embryologie a été traitée avec une clarté et une précision dignes d'éloges. Sobres de théories et d'explications hypothétiques, les auteurs se sont sévèrement tenus dans la limite des faits constatés, et quand ils ont cru nécessaire de donner quelques explications, ils l'ont fait avec une réserve telle que la raison du lecteur en est toujours saisie avant que son imagination soit mise en jeu.

» L'ouvrage est divisé en trois parties : la première partie comprend l'anatomie et la physiologie de la fonction considérée dans la série animale ; la seconde partie, consacrée à la génération de l'homme exclusivement, contient l'exposition des vérités hygiéniques et médicales qui y sont relatives ; enfin, la troisième partie, sous le titre de *Morale et législation appliquées*, est, en quelque sorte, une conséquence physique, un corollaire des deux autres.

» Nous devons dire, à la gloire des sciences physiques, qu'en traitant les questions du *divorce*, de la *majorité* et du *célibat*, du point de vue où ils ont su se placer, les auteurs ont jeté les plus vives lumières sur divers points de législation jusqu'ici trop controversés. Si leur ouvrage était médité par les hommes qui sont appelés à préparer ou à faire des lois, les codes y gagneraient plus que ne le pense une certaine classe de docteurs qui semblent ne pas se douter jusqu'à quel point les règles de tout droit réel sont écrites dans le grand livre de la nature.

» Un rapport verbal n'est susceptible d'aucune conclusion; si cependant il nous était permis d'émettre un vœu que justifie parfaitement l'importance du travail que nous sommes appelé à signaler, ce serait que la commission des prix Montyon n'oubliât pas, quand elle aura à s'occuper des livres utiles, celui de la *Génération de l'homme*, qui paraît avoir, en philosophie sociale, une importance que son titre n'indique point assez.

BORY SAINT-VINCENT.

LEÇONS
D'ANATOMIE COMPARÉE

PAR

GEORGES CUVIER.

2e édition, corrigée et augmentée

PAR MM.

Georges & Frédéric Cuvier, Laurillard & Duvernoy.

8 tomes en 9 volumes in-8°.

Prix réduit . . . **26** francs.

Cette importante publication vient d'être terminée par la mise en vente du tome huitième.

L'ouvrage complet sera vendu, jusqu'au 31 décembre 1847,

AU PRIX RÉDUIT DE **26** FRANCS.

A partir du 1er janvier 1848, il sera reporté à **l'ancien** prix de **65** fr.

GUIDE PRATIQUE

POUR L'ÉTUDE ET LE TRAITEMENT

DES

MALADIES DES YEUX

PAR

CARRON DU VILLARDS.

2 volumes in-8° avec 4 planches. — Prix : 12 francs.

LE DÉLUGE.

CONSIDÉRATIONS GÉOLOGIQUES ET HISTORIQUES

SUR LES

DERNIERS CATACLYSMES DU GLOBE,

PAR

FREDERIC KLEE.

1 volume grand in-18. — Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, Imprimerie de L. Martinet, rue Jacob, 30.

